

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatnak:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON,

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Pólya Jenő: Az epehólyag működése. (533—537. oldal.)

Dósa András: A nocardia bovis kórokozó képessége. (537—539. oldal.)

Röth András: A kötőhártya pótlása magzatburokkal (539—540. oldal.)

Kallós József: Hypertonia és vérhugysav. (540—541. oldal.)

Móritz Dénes: Polioenkephalitis érdekesebb esete. (541—542. oldal.)

Benderek István: Gyógymasszázs és mechanotherápia. (542—544. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (89—92. oldal.)

Irodalmi szemle. Könyvismertetés: (544—548. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (548—553. oldal.)

Lapszemle: (553. oldal.)

Vegyes hírek, hetirend: (554—556. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

Az epehólyag működése.

(Klinikai előadás.)

Írta: Pólya Jenő dr. közpórházi főorvos,
egyetemi c. rk. tanár.

Áldott emlékü Klug professor kitűnő kétkötetes tankönyvében, melyből a múlt század végén és a jelenlegi elején tanuló magyar orvosnemzedék évtizedeken át merítette élettani ismereteit, egyetlen szó sincs az epehólyag működéséről. Akkori klinikai igényeink nem is kívántak ilyen ismereteket. Az epeköveket ritkán és ha egyáltalán, csak kétégbeesetten súlyos esetekben operálták, a belgyógyászati kezelés szempontjából pedig nem tartották túlzottan fontosnak a kövek helyének és az általuk létrehozott helyi elváltozásoknak közelebbi megállapítását. Mint a belgyógyászat és sebészet oly sok más határterületén, az epehólyagmegbetegedések terén is a sebészeti gyógyítás szép eredményei és a műtői kezelésnek ezzel kapcsolatos fokozott térfoglalása a belorvosi ismeretek fejlődését és haladását is igen hathatósan befolyásolták és pedig úgy a gyógyítás, mint a kórismézés tekintetében, amihez viszont nemcsak a vizsgáló eljárások gondos kifejlesztése, hanem a lejáró kóros folyamatok beható vizsgálata és tökéletesebb átértése is szükséges volt. Ez pedig lehetetlen az ép viszonyok közt mutatkozó életjelenségek alapos megfigyelése és átértése nélkül.

Sajnos, az epehólyag és az epeutak ép viszonyok közt való működésének pontos megállapítása igen nehéz. Az epehólyag a hasüreg mélyében fekszik, közvetlen megfigyelése tehát csak a hasüreg feltárása után eszközölhető, ez pedig — akár a műtői traumát, akár az érzéstelenítést, vagy az altatást tekintjük, — természetesen súlyosan megzavarja az egész szervezetet és vele együtt az epehólyag és epeutak működését. A cholecystographia és a duodenalis sonda kétségtelenül értékes adatokat szolgáltatottak a normális életjelenségek megismeréséhez; azonban ezen vizsgálatok eredményeit csak szigorú kritikával szabad értékesítenünk. Részben azért, mert nem közvetlen, hanem közvetett megfigye-

lés eredményei, részben pedig azért, mert ezen vizsgálatok is túlnyomólag beteg embereken és legtöbbször az epehólyag, vagy az epeutak betegségei miatt történnék. Még fokozottabban áll ez az epehólyagon, illetve az epevezetéken készített átmeneti, vagy tartós sipolyok (cholecystostomia, choledochusdrainage) kapcsán végzett megfigyelésekre, hiszen ezeket a műtéteket csak akkor végezzük, ha valamely betegség javallja őket és ezen műtétek sajátmaguk is kóros viszonyokat teremtenek. Az állatkísérletekre, történnének azok sipolyképzéssel vagy anélkül, szintén áll az, hogy ezek az éptől lényegesen eltérő viszonyokat hoznak létre; azonfelül a kísérleti állatok és az ember májon kívüli eperendszere igen lényeges bonctani különbségeket is mutat, nem is szólva arról, hogy élettani feladataik sem tekinthetők teljesen azonosoknak. Mindehhez hozzájárul, hogy akárhányszor mikroszkópos képletek működéséről van szó, pl. az Oddi-féle sphincteréről, melyek természetesen éppen azért közvetlenül egyáltalában nem figyelhetők meg.

A felsorolt tényekből az következik, hogy az epehólyag működésére vonatkozó megfigyelési eredményeket nagyon szigorú kritikával kell fogadnunk; viszont a kísérleti hibaforrások kiiktatásából is származhatnak új hibaforrások. Ha még ehhez azt is hozzávesszük, hogy a rendelkezésünkre álló megfigyelési adatok dacára az idevágó közlések nagy számának sok tekintetben hiányosak, akkor azt kell mondanunk, hogy bizony az epehólyag működésére vonatkozó nézeteink akárhányszor nincsenek megdönthetetlen tényekkel alátámasztva és így szabad mérlegelés tárgyát képezhetik. Ez viszont azt jelenti, hogy az elképzelés számára nagyobb tér nyílik, mint amennyi természettudományi neveltetésünknek megfelel.

Azt minden kétségen felül megállapítottnak vehetjük, hogy az epehólyag legfőbb feladata az epe gyűjtése és besűrítése és hogy ennek célja azon dysharmonia kiegyenlítése, melyet a folytonos epeelválasztás és az epeürülés időszakos volta teremt. Kétségtelen, hogy az epeelválasztás rhythmusa nem egyenletes, hogy az epe elválasztását a táplálék, a munka és nyugalom, a környezet hőmérséke, valamint bizonyos vegyi anya-

gok mennyiségileg és minőségileg befolyásolják és hogy epe nem csupán emésztés idején, hanem az étkezések közötti szünetekben, sőt éhezés alatt is ürül a bélbe. Nagyban és egészben mégis áll az, hogy a máj, ha nem is egyenletesen, de folytonosan választ el epét és hogy epe főleg étkezések után ürül a bélbe. Ennek a dysharmonianak kiegyenlítésére szolgál az epehólyag gyűjtő és besűrítő működése, melynek két haszna van: 1. a bél tömönyebb és hatásosabb epét kap akkor, amikor szükség van rá, 2. a májon belül levő epeutakban a nyomás az elválasztott epe térfogatának lényeges csökkenése folytán állandó szinten marad. Felnőtt ember naponta 800—1200, átlag 1000 gramm epét választ el és hogyha ez a nagy mennyiség az epeutakon belül maradna, igen nagy nyomást gyakorolna a májsejtekre, melyek elválasztási nyomása igen alacsony, úgy, hogy az epeelválasztást aránylag csekély külső nyomás képes teljesen megszüntetni. Egy literes folyadéktöbblet a májbeli epeutakon belül feltétlenül megszüntetné a májsejtek működését, úgy hogy már egyetlen napi éhezés után feltétlenül sárgaságnak kellene beállnia. Az epehólyag egytizedére, sőt ha kell egyhuzadára sűríti be az epét. Ilyen módon az egész nap folyamán elválasztott epemennyiség 40—50 ccm-nyire sűrűsödik be, melyet az epehólyag kényelmesen be tud fogadni és ilyen módon biztosítja a májsejtek működésének zavaratlanságát. Az intrahepaticus nyomás csökkentéséhez ilyen esetben mindenesetre az is hozzájárul, hogy midőn az epe nem folyik bele a bélbe, a bélbeli epefelszívódás és főleg az epesavak cholereticus hatásának kiesése folytán az epeelválasztás csökken, valamint az is, hogy a túlságosan megtelt choledochusból időről-időre valami kevés epe a bélbe csurog.

Hogy az epehólyag jelzett fontos hivatásának eleget tehessen, annak 3 feltétele van: 1. hogy a májepe háborítatlanul ömölhessen az epehólyagba, 2. hogy az epehólyag nyálkahártyája képes legyen az epét megfelelő módon besűríteni, 3. hogy az epehólyag bizonyos időközben kiürüljön és hogy ilyenmódon készítsen helyet a frissen beléje ürülő epe számára.

A feltelődés, kiürülés és besűrűsödés az epehólyag alapvető működései; mindegyikre elengedhetetlenül szükség van, hogy az epehólyag munkáját kielégítően teljesíthesse. Ez a három alapvető működés egymással szoros viszonyban van. Bármelyikük van megzavarva, ez a másik kettőt is kedvezőtlenül befolyásolja; mégis mindegyiknek vannak különleges sajátosságai, melyekkel külön-külön kell foglalkoznunk.

Az epehólyag feltelődése csak akkor következik be, ha az epevezetékben (hepaticocholedochus) az epe megfelelő nyomás alatt áll. Ezt a nyomást az epevezeték a bél felé elzáró izom, az Oddi-sphincter biztosítja, melynek a maga részéről viszont legfőbb hivatása az, hogy az epehólyag feltelődését lehetővé tegye. Olyan állatoknak, melyeknek nincsen epehólyagjuk, nincs is szükségük Oddi-sphincterre és mint Mann kimutatta, nincs is nekik; az ilyenek epéje állandóan beleszurog a bélbe. Viszont az olyan állatoknak, melyeknek epehólyagjuk van, az epevezeték bélbeli szája állandóan zárt és csak időszakonként, — rendszerint csak megfelelő, az emésztéssel kapcsolatos ingerekre nyílik meg, hogy az epe nagyobb tömegben fecskendjen ki belőlük.

Lützens szerint, akinek a nézetei meglehetősen elterjedtek, az epehólyag feltelődése is időszakos. Ő az epehólyaggyak és a cysticus közötti átmenet helyén fekvő záróizmot ír le, a collum-cysticus-sphinctert, mely szerint állandóan zárva van és csak akkor nyílik meg, ha a hepaticocholedochusból a cysticusba tolakvó epe

ennek az epehólyaggyakhoz legközelebb eső kamráját is teljesen kitöltötte és abban a nyomást bizonyos magas fokra emelte. Ilyenkor szerinte ellazul a collum-cysticus-sphincter és az epe a cysticusból rövid sugárban beleömlik az epehólyagba. Ezáltal megint süllyed a nyomás a cysticusban, megszűnik az az inger, mely a collum-cysticus-sphinctert reflex útján ellazította, ezért a collum-cysticus-sphincter újra elzáródik és zárva marad mindaddig, míg a cysticus újra megtelik; ezen idő alatt az epehólyag besűrítette az előző alkalommal beléje ömlött epét és ezáltal helyet csinál a frissnek. Ennek a szép hypothesisnek alapvető hibája, hogy collum-cysticus-sphincter nincs. Halpert beható vizsgálatai megcáfolták létezését; Nuboer szerint igen ritka az, hogy a collum és cysticus határán olyan képződményt találjunk, melyet joggal tekinthetnénk sphincternek, sőt Lützens maga is beismeri, hogy vannak esetek, melyekben collum-cysticus-sphincter egyáltalában nem mutatható ki. De ellene szólnak a Lützens-féle időszakos feltelődés elméletének azon manométeres vizsgálatok is, amelyeket az epehólyagon és az epevezetékben belül uralkodó nyomás megállapítása céljából állatokon igen sokszor és emberen is több ízben végeztek. Ha Lützensnek igaza volna, akkor azt kellene feltételezni, hogy a nyomás az epehólyagban és a hepaticocholedochusban szabályszerűen ingadozik: az epehólyagban lassan csökken és hirtelen nő, a hepaticocholedochusban lassan nő és hirtelen csökken. De ilyesmit sohasem észleltek. Különbösen sem valószínű, hogy az eperendszer hirtelen nyomásingadozásokra volna berendezve, hiszen ez nem állna a májbeli epeelválasztás érdekében és a cysticus boncolástani szerkezete is ellene szól annak, hogy azon át a hepaticocholedochus tartalma, melyre nyomást csak az epevezeték rugalmas rostjai gyakorolnak, hirtelen az epehólyagba ürülhetne. Mindezek alapján azt hiszem, hogy a Lützens-féle időszakos feltelődés nézetével szemben helyesebb, ha azt vesszük fel, hogy az epehólyag feltelődése állandó, hogy a cysticusból állandóan csurog be apró részletekben epe a hólyagba és hogy ez csak azokban a pillanatokban szűnik meg, amidőn az epehólyag falának összehúzódása folytán kiürül, illetve ilyenkor ellenkező irányú áramlásnak ad helyet.

Azt is gondolom, hogy az az általánosan elterjedt nézet, hogy az epehólyag a feltelődéssel szemben teljesen passzív viselkedik, nem áll meg. Sok szerző, első sorban Doyon figyelte meg, hogy az epehólyagnak vannak állandó rhythmusos összehúzódásai. Ezek percnként Bainbridge és Dale, valamint Halpert és Lewis szerint 1—3-szor, Okada szerint 2—5-ször, Chiray és Pavel szerint 2—3-szor, Nuboer szerint 7-szer következnek be. Ravdin és Morisson Ringer-oldatban elhelyezett túlélő epehólyagon percnként 3—6 összehúzódást látott. Az összehúzódások száma az állatfaj és hőmérsék szerint változik. Az összehúzódások egész kicsinyek és csak egész kicsiny folyadékmennyiség megmozgatására alkalmasak. Hogy mi a céljuk, arra nézve a legtöbb szerző nem nyilatkozik. Nuboer szerint az epének az epehólyagfalal való hathatósabb érintkezését szolgálnák, ami a besűrűsödést mozdítaná elő. Nézetem szerint ezeknek a mozgásoknak leginkább szívóhatást tulajdoníthatunk. Ennek megfelel az a tapasztalat, hogy a cysticus vesicopetalis irányban sokkal inkább átjárható, mint choledochopetalis irányban és ezért ezek az apró összehúzódások nem alkalmasak arra, hogy az epehólyagból folyadékot kinyomjanak, de igenis az összehúzódásokat követő pici tágulások alkalmasak arra,

hogyan a cysticus első kamrájában levő epéből minden egyes alkalommal valami csekély mennyiségű epét beszívjanak az epehólyagba. Természetesen az epe besűrűsödése is csinál helyet az új epének, a legbővebb férőhelyről pedig az epehólyag alimenteris összehúzódása által létrehozott kiürülés gondoskodik.

Az alimenteris kiürülés mechanizmusa szempontjából sem osztom mindenben Lützens véleményét. Szerintem az epehólyag tartalmát elsősorban a collumba nyomja, mely hatalmasan kitágul és csak ha ez megtörtént, nyílik meg a collum-cysticus-sphincter, hogy az epehólyag tartalmát az első cysticus-kamrába juttassa. Ha ez megtelt, telődik meg a második cysticus-kamra, majd egymásután a többi. Az utolsó cysticusráncon túl azután szabadon ömlik az epe a cysticus sima részébe és innen a choledochusba, majd az Oddi-sphincter megnyílása után a bélbe. Nézetem szerint egészen hibás elgondolás az, hogy a collum erős megtelése szükséges, vagy akár hasznos az epehólyag kiürülése szempontjából.

Lützens nézete, hogy az epehólyagnyak tágulása szükséges feltétele az epehólyag kiürülésének, hullakísérletek alapján alakult ki. Ha hulla epehólyagját a fundus felől nyomjuk, vagy vízzel feltöltjük, a collum kétségtelenül erősen kitágul, mielőtt az epehólyag tartalmából valami a cysticusba jutna. Az élőben azonban ez nyilván egészen másképpen van. Az epehólyag összehúzódása alkalmával ugyanis a collum is összehúzódik. Állatokon (Stepp, Düttmann), valamint emberen (Pribram) tett közvetlen megfigyelések egybehangzóan mutatják, hogy az epehólyag összehúzódása a funduson kezdődve egészen a cysticusig terjed. Az összehúzódást az epehólyag nyakában, sőt az infundibulumban is bőven találhatók körkörös izomzat idézi elő. Ez a körkörös izomréteg a collum ráncaiba is betérjed (Hendrickson, Nuboer), tehát különösen alkalmas arra, hogy az epehólyag nyakában lévő folyadékot a cysticusba préselje. A collum összehúzódása egyébként is nagyon hasznos az epehólyag kiürülése szempontjából. A tágult collum ugyanis nekifekszik a cysticusnak s így igen alkalmas arra, hogy azt összenyomja, továbbá a collum tágulása fokozza az infundibulum és collum, valamint a collum és cysticus határán levő megtöréseket. A collum összehúzódása tehát az epehólyag tartalmának a cysticusba való lefolyását már csak azért is megkönnyíti, mert elemeli a collumot a cysticustól, mentesíti a cysticust a collum nyomásától és csökkenti a jelzett megtörések által előidézett áramlási akadályt.

Hogy az epehólyagnyak megkisebbedése tényleg megkönnyíti a lefolyást a cysticuson át, arról műtétek folyamán is könnyen meg lehet győződni. Köztudomású, hogy milyen nehéz, sőt többnyire lehetetlen az epehólyagot, még ha teljesen ép is, műtét közben a fundusra való egyszerű nyomással kiüríteni. Én éppen az imént kifejtett megfontolásból kifolyólag próbát tettem, hogy hogyan megy a kiürítés akkor, ha az ember a fundus összenyomása, vagy a funduson gyakorolt húzás mellett egyidejűleg a collumra is nyomást gyakorol és azt tapasztaltam, hogy ezáltal, ha csak a kiürülésnek tényleges anatómiai akadálya nincs és a collum nem hozzáférhető pl. összenövés miatt, az epehólyagot némi türelemmel a cysticuson át rendszerint szépen ki lehet üríteni még olyankor is, mikor feszesen telt. Felesleges említeni, milyen fontos ez a kiürítés a műtőre nézve olyan esetben, amidőn kétes, hogy van-e kő az épnek látszó epehólyagban, vagy sem és így a hólyag eltávolításának indokolt volta is kétséges. A leírt eljárással több esetben sikerült a kiürített epehólyagban egész kis köveket kimutatni, melyeket a hólyag

feszesen telt állapotában egyáltalán nem bírtunk kikapartani és ezáltal az epehólyag eltávolításának javallatát kétségtelenné tenni.

Összefoglalólag azt kell mondanom, hogy az epehólyag feltelődését állandónak, kiürülését időszakosnak kell tartanunk. Az epehólyag kiürülése nyilván csak táplálkozási ingerekre következik be. Ez Hamrick vizsgálataiból világosan következik, aki a sugárfogó anyaggal töltött epehólyagot éheztetés alatt 4 nap múlva is változatlanul látta, míg étkeztetés után az rögtön kiürült. Rost, továbbá Klee és Klüpfel, akik duodenum-sipolyon át vizsgálták az epének a bélbe történő ürülését, leírják, hogy az étkezési szünetekben is ürül időről-időre epe (Leertätigkeit). Hogy ezt tényleg így van, azt bizonyítja az, hogy éhező egyének duodenumtartalmában és bélsarában is van epe. Ezekben az étkezési szünetekben történő epekiürülésekben azonban az epehólyag nyilván nem vesz részt, ezeket nyilván a hepatocholedochus túlságos megtelése idézte elő, mely az étkezési szünetek folyamán következik be és mély, ha az epevezetékben bizonyos fokot túlmenő nyomásnövekedés jött létre, az Oddi-sphincter ellazulására vezet, amelynek folyamán bizonyos kisebb mennyiségű, rendszerint csak néhány ccm. epe kerül a bélbe. Ha az epehólyag működésképtelen, vagy működési értéke erősen csökkent, leginkább pedig olyankor, midőn az epehólyag eltávolított, állandó epecsorgás következik be, mely analóg azzal az állandó vizeletsurgással, mely a húgyhólyagnak bénulás folytán keletkezett túlságos teltsége kapcsán oly gyakran beáll. Olyankor, midőn hiányzó, vagy működésképtelen, illetve igen rosszul működő epehólyag esetében nem áll be állandó epecsurgás, az epevezeték nagyfokban kitágul.

Rendkívül bonyolultak és még sok tekintetben hiányosan ismertek, bár a klinikus szempontjából rendkívül fontosak, a májonkívüli eperendszer beidegzési viszonyai. Úgy az epehólyag, mint a cysticus, hepaticus és choledochus igen gazdagok dúcsejteket és idegrostokban; ezen autonóm idegelemek központja úgy látszik a cysticusban levő „dúcyszerű idegfonat” (Lützens). Sympathicus idegek is bőven lépnek az epehólyaghoz és a choledochushoz, főleg a plexus hepaticusból, az epevezetékhez a plexus pyloricusból is (Kiss és Ballon). Ezeknek élettani jelentősége és még inkább klinikus fontossága még sok tekintetben tisztázatlan. A Bergmann-féle iskola főleg Westphal vizsgálatai alapján kétszeres motoros idegberendezést vett fel, melyek az epe kiürülését illetve ennek gátlását szolgálnák. A vagus és sympathicusnak ilyen irányban való, főleg pharmacodynamikus alapon felvett antagonizmusáról elterjedt nézeteket azonban meglehetősen megingatta Kissnek az a megállapítása, hogy a hasi vagus tulajdonképpen sympathicus-rostokból áll és ennek folytán az antagonisticus motoros idegberendezés felvételének legalábbis morfológikus alapja nincs. Ezzel szemben Kiss és tanítványai szerint kétszeres érőidegberendezést kell felvennünk: rövid kapcsolást, mely sensoros benyomásoknak rövid úton mozgási, vagy elválasztó ingerre történő átalakulását teszi lehetővé és hosszú kapcsolást, mely távoli hasi szervekkel, valamint a gerincvelővel és az aggyal való összeköttetéseket teszi lehetségessé. Bizonyos, hogy a májonkívüli eperendszerrel kapcsolatos sympathicus fonatok egyes ismert közlekedései olyan jól ismert klinikai képeket, aminők pl. a vállfájdalmak epeköbetegség kapcsán, vagy az epehólyag működésében a petefészek bizonyos megbetegedéseinek következtében fellépő zavarok, érthetővé tesznek; kétségtelen viszont az is, hogy e téren még nagyon sok a homály és hogy még nagyon sok anatómiai és klinikai

vizsgálatra volna szükség, hogy a felmerült kételyeket csak némileg is tisztázottnak láthassuk. Egyelőre tulajdonképpen csak azt tarthatjuk legalább hozzávetőlegesen megállapítottnak, hogy 1. a májonkívüli eperendszernek van autonóm idegberendezése, mely nyilván az eme rendszer különböző szerveiben uralkodó nyomáshoz képest szabályozza azok mozgási és elválasztási tevékenységét, 2. hogy a fájdalomérzések, melyek a májonkívüli eperendszerben jelentkeznek, elérhetik az agyat.

Hogy a májonkívüli eperendszerben mutatkozó legfontosabb mozgási jelenség: az epehólyag kiürülése táplálékfelvétel után milyen módon jön létre, azt bizonyosan nem tudjuk. Lehet reflex-jelenség, melynek érző pályája a duodenum-nyálkahártyáról, főleg a papilla Vateri vidékéről indul ki, de szerepelhetnek kétségtelenül vegyi anyagok is, amelyek a bevitt táplálóanyagból, illetve azoknak emésztési termékeiből származnak és amelyek a vér-, illetve nyirokpályán át érik el az epehólyag és az epevezeték idegelemeit, esetleg magát az izomzatot. Mivel az epehólyag összehúzódásainak száma és ereje, illetve a kiürült epe mennyisége a felvett táplálék összetételéhez képest változó, kétségtelen, hogy az epehólyagösszehúzódás és a vele kapcsolatos jelenségek létrehozatalában vegyi anyagok szerepelnek. Elképzelhető azonban az is, hogy különböző tápanyagok, különböző mértékben igazgatják a duodenum nyálkahártyáját. Ivy a vékonybél nyálkahártyájából secretinhez hasonló hormont állított elő; ez a cholecystokinin, mely gyűjtőérbe juttatva erős epehólyagösszehúzódásokat hoz létre. Szerinte zsírok és más anyagok bekebelezése hasonló hormonokat tud létrehozni. Fontos a hypophysin epehólyagösszehúzódást előidéző hatása is.

Az epehólyag besűrítő működése lényegileg vízfelszívódáson alapul. Rous és Mac Master szerint az epehólyag a májból beléje jutott epét legrövidebb idő alatt tízszeresére sűríti be. Az epehólyagban történő felszívódásra nézve igen kiterjedt és tanulságos vizsgálatokat végeztek Ravdin és tanítványai, akik a cystikus lekötés után epehólyagsipolyt készítettek, vigyázva, hogy az epehólyag érellátása sértetlen maradjon. Az ilyen módon kiürített és epétől mentesített epehólyagba vittek azután be a vizsgálandó anyagokat. Szerintük a kutya epehólyagja óránként $6\frac{1}{2}$ —8 ccm. vizet tud felszívni. Brugsch és Horster 5—6 ccm-re becsülték ezt a mennyiséget. Hösch kimutatta, hogy az epehólyagtatalom isotoniás sóoldatnak felel meg és hogy az ép epehólyag az epét a vérsavó sóconcentrációjára törekszik beállítani. Ravdin és társai vizsgálatai hypertoniás és hypotoniás sóoldatokkal ezt a nézetét megerősítik, kimutatták, hogy hypotoniás oldatokból az epehólyag több vizet szív fel, mint sőt, míg hypertoniás oldatokból a só felszívódása nagyobb, sőt bizonyos töménységen túl még az epehólyag falából áramlik folyadék az epehólyag üregébe, úgy hogy az epehólyagban lévő folyadék sós tartalma nemcsak mennyiségileg, hanem minőségileg is megváltozik. Ugyancsak az ő vizsgálataik szerint az epehólyag az epesavas sókat kitűnően szívja fel, de nem olyan gyorsan, mint a vizet, úgy hogy az epesav töménysége az epehólyagban nő. Az epesavas sók sérelmezik az epehólyagot és abban vérzést és gyulladást idéznek elő. Cholesterint ha egyáltalában, az epehólyag csak elenyésző csekély mennyiségben képes felszívni, viszont az epefestény az epehólyagból egyáltalán nem szívódik fel, bárminő formában is kerül oda. Ravdin és társai szerint a hólyagepében a basisok, az epesavas sók és a calcium erősebben, bicarbonatok és chloridok alacsonyabban koncentráltak, mint a máj epéjében; a

hólyagepe pH-ja, mint azt más vizsgálók is megállapították, ép viszonyok közt mindig alacsonyabb, mint a májepéé; az osmotikus nyomás viszont a hólyag- és májepében a fagyponcsökkenésből ítélve kb. egyforma és a vérsavóénak felel meg.

Az epehólyag nemcsak tároló és besűrítő, hanem ezenfelül még elválasztó szerv is. Az epehólyagban és az infundibulumban is vannak szórványosan nyálkamirigyek, azonkívül az epehólyag nyálkahártyája képes bizonyos nyálkás váladékot produkálni. Hogy azonban ez a váladék lényegileg milyen, azt nehéz megállapítani, mert minden eljárás, mely ezt a váladékot tisztán igyekszik felfogni, az epehólyagban kétségtelenül kóros viszonyokat idéz elő. Cascao del Anciens szerint az epehólyag váladékában amyolytikus, proteolytikus és lipolytikus fermentek is volnának. Kétségtelen, hogy a májepe a májonkívüli eperendszerben a besűrűsödésen kívül is bizonyos vegyi és fizikai-chemiai változásokon megy át s ebben az e szervekben lévő mirigyek nyálkás váladékának hozzákeveredése közreműködik; az epevezetékben lévő nyálkamirigyek azonban jelentősebbek, sokkal nagyobb számúak és változatosabbak is, mint az epehólyagéi. Az epevezeték mirigyeinek váladéka különösen fontos szerephez jut kóros körülmények között, nevezetesen a nagy epevezetékben fellépő pangások esetén, midőn mint „fehér epe” gyűlik fel. Természetesen más tényezők (lobos izzadmány, az epében levő epefesték szétesése) is hozzájárulhatnak a fehér epe kialakulásához. Ha azonban kétségtelen is, hogy az a váladék, melyet az epehólyag és az epevezeték nyálkamirigyei készítenek, bizonyos mértékben hozzájárul a bélbe jutó epe sajátosságainak kialakulásához, másfelől kétségtelen az is, hogy távolról sem játszik az epeelválasztás és az epekiürülés szabályozásában olyan jelentős szerepet, mint aminőt annak idején John Berg tulajdonított neki.

Meg kell még emlékeznünk arról, hogy némelyek szerint az epehólyagnak belső elválasztása is volna, mely részben az epehólyag automatikus (állandóan megismétlődő, rythmusos) összehúzódásait (Ishyama), részben pedig a gyomor, a hasnyálmirigy működését, sőt a máj epeelválasztását is befolyásolná. Demel és Brumelkamp szerint az epehólyag teltsége gátolná a máj epeelválasztó működését.

Az utóbbi állítások nehezen bizonyíthatók, jórésztük nincs is beigazolva, sőt igen nyomós érvek hangzottak el ellenük. Annyi bizonyos, hogy ha az epehólyagnak van is valami befolyása az említett szervek működésére, az legalább is igen könnyen nélkülözhető és mindenestre igen könnyen pótolható, mert az epehólyag eltávolítása sem a gyomor, sem a máj, sem a hasnyálmirigy működésében még átmeneti zavart sem szokott okozni. A epehólyagjuktól megfosztott emberek túlnyomó többsége, mint azt manapság már tömeges tapasztalatok igazolják, igen kitűnően táplálkozik, kifogástalanul emészt és közérzete a legcsekélyebb mértékben sem zavart. Azt pedig a leghatározottabban állíthatjuk, hogy egyetlen epehólyag működése sem éri meg azt, hogy miatta bárkinek érdemes volna fájdalmakat elviselni, vagy veszélyeknek tenni ki magát. Kétségtelen, hogy vannak esetek, amidőn az epehólyag igen jó szolgálatot tehet a szervezetnek; pl. a hasnyálmirigy fejében vagy a papilla Vateri-ben keletkező rák esetén a jól besűrítő ephólyag napokkal, sőt hetekkel el tudja odázni a sárgaság bekövetkezését, illetve súlyossá válását és esetleg bizonyos sebészi célokra is, pl. a pangó epének a gyomorba vagy bélbe való levezetésére felhasználható. Ezzel szemben a köves epehólyag eltekintve

attól, hogy működése csekély, vagy teljesen hiányzó, ön maga szolgáltathat okot arra, hogy az epevezetékben vészes pangás keletkezzék, nem is szólva az ilyen epehólyagot fenyegető, sőt közvetlenül életveszélyes gyuladásokról és rákról. Mindenképen pedig jobb fájdalom nélkül, veszély nélkül és epehólyag nélkül élni, mint olyan epehólyaggal, amely súlyos szenvedéseket okoz, sőt komoly veszedelmek csiráját rejti magában.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Melczér Miklós rk. tanár.)

A nocardia bovis kórokozó képessége.

Irta: Dósa András dr.

Aerob sugárgombát (*nocardia bovis*) a szegedi bőrklinikán igen nagy számban és elég sokféle elváltozásból sikerült kitenyésztennem (aktinomykosis pedis, elsőleges bőraktinomykosis, dermatitis mykotica, sykosis barbae, pityriasis versicolor, eczema en plaques, pityriasis rosea Giberti, eczema dysidroticum, impetigo, neurodermatitis, dermatitis, eczema chronicum, mikrosporia capilliti, trich. capilliti, favus capitis, trich. superficialis, laboratóriumi szennyeződés). Feltűnt, hogy ugyanaz a gomba egyszer egészen súlyos, akár halálos végű, máskor pedig egészen könnyű elváltozást okozott; olykor minden kár nélkül elviselte a bőr. Érdekesnek tartottam foglalkozni vele és kutatni, miben rejlik az oka ennek. Közelebbről szemügyre vettem, hogy a súlyosabb (mély) és a könnyű (felszínes) elváltozások okozói, valamint az élősködő törzsek viselkedése belső biológiai okokkal magyarázható-e és, hogy ez mennyire hozható összefüggésbe a gomba alaki sajátásaival.

A felsorolt betegségek részint felszínesek, részint mélyek. A felszínes elváltozások közül leggyakrabban az úgynevezett „dermatitis mykotica”-ban fordul elő a sugárgomba; klinikailag az elváltozást jellemzi éles széle (1. ábra), gallérszerű széli hámlása, a környezet-

ben legtöbbször előforduló kisebb, fiatalabb elváltozások, a polymorphismus kisebb mértéke s az, hogy gombaölő szerekre gyorsan gyógyult. A sugárgomba kitenyésztésének gyakorisági sorrendje: a mikrosporia capilliti, a pityriasis versicolor, a pityriasis rosea Giberti és az eczema dysidroticum. A többi felsorolt elváltozásokban csak jelentéktelen számban sikerült a gomba kitenyésztése.

A mély elváltozásokban (aktinomykosis pedis, elsőleges bőraktinomykosis) minden kétséget kizáróan sikerült a gomba kórokozó voltának a bizonyítása (szabályos tökékek a genyben és szövetben, sikeres tenyésztés, igenleges állatojtás és igenleges biológiai visszahatás stb.). Másként áll a dolog a felszínes elváltozásokkal, mert alkalmasint ezek jó részében csak ártatlan élősködő a gomba, vagy legalább is csak kis mértékben befolyásolja a betegséget s talán csak kevés számú kórképféleségekben kórokozó valóban. Ennek eldöntésére betegünk mellének és felső végtagjának bőrén, a gomba kivonatanyagának 0.1 ccm mennyiségével allergiás ojtásokat végeztünk. A dermatitis mykotica esetekben az ojtás 24 óra múlva legtöbbször 5 pengősnyi, gyermektényérnyi, sőt férfitenyéryn timer, éles szélű közepén enyhén beszűremkedett, göbcséket, apró hólyagocskákat is tartalmazó, kissé fájdalmas, pár napig tartó, élénk pir képeben jelentkező, fajlagosnak tetsző gyulladást okozott, olykor hőemelkedéssel, egyidejű göci visszahatással.

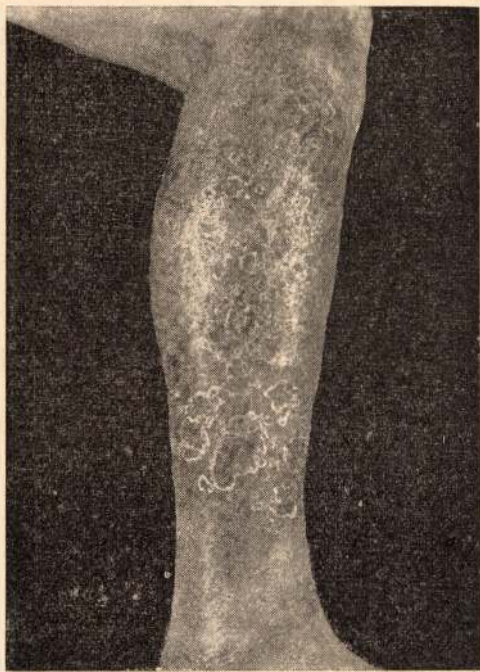
Ezek szerint e kórképben a nocardia gomba kórokozó szerepet játszik. A kórformát az igenleges biológiai visszahatás ellenére sem tudjuk kizárólagosan a nocardia részére kisajátítani, mert nagyon hasonló, de más kórképekből viszont másféle gombát sikerült kitenyésztennem, melyeknek kivonat-anyagával egyidejűleg az illető betegek bőrén hasonló igenleges allergiás visszahatást nyertem.

Tudvalevő, hogy általában az ép bőrön tanyázó gombák áthangolják a bőrt, fajlagos ellenanyag termelésre készítetik és az állandóan ott levő gombafehérje hatására a bőrben allergiás gyulladás keletkezhet. Az ilyen eseteket már más helyen eczemához hasonló mykosisnak, illetőleg az állapotnak legmegfelelőbben dermatitis mykoticának neveztem; ennek mintájára jelen kórformára a „Dermatitis nocardia” jelölést alkalmazhatom. E szerint tehát a nocardia gomba bőrgyulladást okozhat. Hasonló megfigyelésről számol be Gammel is, aki tapasztalata alapján 11 csoportba osztva a sugárgomba okozta betegségeket, a felszínes elváltozások közé fölveszi a „dermatitis aktinomykotica”-t is.

Elégge számottevő allergiás visszahatást nyertem az eczema dysidroticum eseteiben, jóval kisebb fokú pityriasis rosea Gibertiben, míg a többi esetben az igenleges gombalelet ellenére a legtöbbször nemleges maradt az ojtás. Ez eredményből az tűnik ki, hogy törzseink között lényeges biológiai különbség van, ami könnyen érthetővé válik, ha figyelemre méltatjuk Neuber véleményét; szerinte a nocardia gomba élődj állapotban nagy mennyiségben fordul elő az emberi bőrön.

A kitenyésztett nocardákat szabad szemmel vizsgálva, főleg a telepek színében mutatkozott különbség. Találtunk áttűnő, viaszosan fénylő, bőrszerű, sárga, szürke-zöld és a legnagyobb számban fehérszínű telepeket; felületük nagyobb részt egyenetlen, agytekervényszerű volt. Csak kisebb számban találtunk egészen sima felületűeket. A szürke és fehérszínűek egy része már kezdettől fogva poros felületű volt, míg a többinek egy része csak a telep előregedésével vált ilyené.

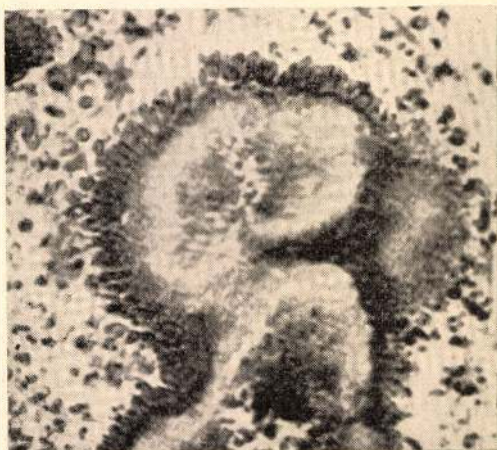
Kikent készítményben és függőcseppben az egyes telepek között csupán annyi volt a különbség, hogy a



1. ábra.

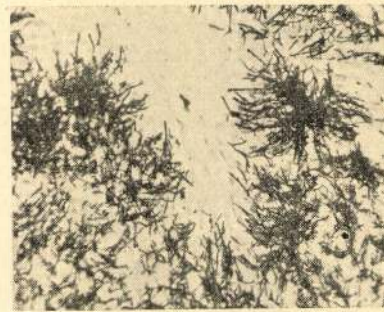
sporásoknál arthrosporaképződést is észleltem. Jóllehet, hogy a kórokozó törzsek — különösen a súlyos elváltozást okozók — szintén porosak voltak, e tulajdonság alapján mégsem sikerült őket más törzsektől elkülöníteni, mert ugyanezt a sajátságot megtaláltam az élőködő törzsek legnagyobb részénél is. Ezek szerint tehát törzseim között nem találtam olyan alaki különbséget, minek alapján a legsúlyosabb elváltozást okozókat az élőködőktől meg tudtam volna különböztetni. Ezért más irányba próbáltuk irányítani vizsgálatainkat. Mind a felszínes, mind a mély elváltozást okozó, valamint az élőködő törzseink rázatával különböző módon (bőrbe, hasüregbe, gyűjtőérbe) egeret, patkányt, tengeri malacot ojtottam. Igenleges eredményt azonban ojtásaim során csak az aktinomykosis pedist és az elsőleges bőr-aktinomykosis okozó törzseink adtak. Tengeri malac szerveiben sikerült kimutatni a gombát (tökeszerű képződmények a belső szervekben) és sikerült is azt újra kitenyészteni. Az összes többi esetből nyert nocardióval végzett állatojtásaink eredmény nélkül maradtak, noha a tenyészetek külsőleg semmiben sem különböztek az igenleges eredményt adó törzsektől, amiből kitűnik, hogy az igen számos törzsünk közül csak nagyon kevés az állatmegbetegítő; összhangban van ez Naeslund és Neuber felfogásával, akik szerint az aerob aktinomycesek között igen kevés a kórokozó-törzs. E betegítő képességű törzsek azonban Triuss és Politowa eredményével egybehangzóan esetünkben is szabályos aktinomykosis okoztak, melyek semmiben sem különböztek az anaerob törzsek által előidézettektől. Észlelésünk is igazolja feltétlenül Neuber ama véleményét, hogy aerob és anaerob viselkedés alapján kórszármazás szempontjából nem szabad a sugárgombát elkülöníteni, mint ahogy azt egyesek (Dresel) tették, mert szerinte a gomba különböző környezethatás alatt átalakulhat.

Tudvalevő, hogy az aktinomykosis legtöbbszor valamilyen sérülés előzi meg; lábaktinomykosis esetén pl. gyakran tövis vagy valami más anyag szúrása (esetünkben trágyás vasvilla szúrás). Állapocsa-aktinomykosisban pedig szájnyalak-hártya-sérülés (esetünkben foghúzás) szokott előfordulni a kórelőzményben, amikor a felületen lévő gomba a mélybe hatolva kóros elváltozást idéz elő. E körülmény szem előtt tartásával kísérleti állataink (egér, patkány, tengeri malac, nyúl) talpán létesített szűrőszatornába vittük be a gombapépet; fertőzést ilyen módon nem sikerült előidézni. Pinoy hasonló kísérleteiben 20 galamb talpát ojtotta spórás tövissel, azonban csak egyetlen-egy esetben következett be fertőzés. Valószínűen az így kialakult anaerob viszonyok nem voltak megfelelőek az aerob gombának, mely a megváltozott környezet hatására nem alakult át anaerobbá.



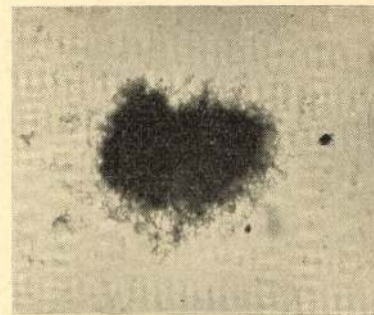
2. ábra.

Aerob törzseink okozta aktinomykosis pedis és elsőleges bőraktinomykosis eseteinkben, a genyben és a szövetben szabályos tökéket találtunk bunkókkal (2. ábra),



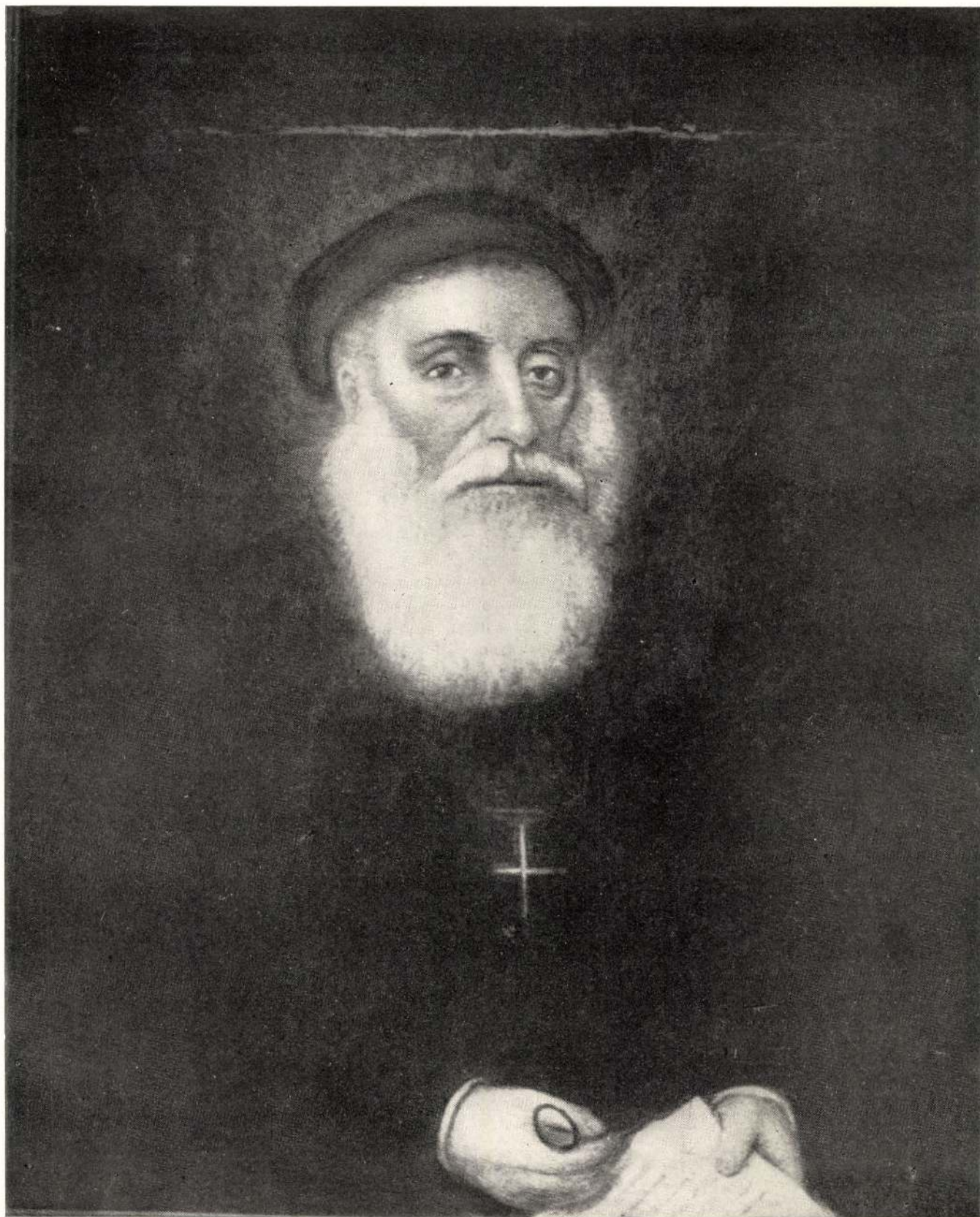
3. ábra.

melyek tengeri malac hasüregébe ajtás után, a 20—30. nap múlva elhullott állat szerveiben is kialakultak (3. ábra). Ez megdönti azt a felfogást, hogy csak anaerob aktinomyces törzs okoz szabályos tökét és bunkót. Hasonlóképpen Triuss és Palitowa eseteiben is szabályos tökéket éppen az aerob törzsek képeztek, amelyek klinikailag kifogástalan aktinomykosis okoztak. Ezek szerint az aerob törzs éppen annyira kórokozó lehet, mint az anaerob. Voltak akik csak kizárólagosan az anaerob állapotú gombát tartották fertőzőnek. Lieske az gondolta, hogy a természetben előforduló élőködő gombának a szervezetben először anaerobbá kell válnia, hogy kórokozó lehessen. Triuss és Politowa észlelése szerint, hónapok elteltével az aerob telepek sajátságai megváltoztak. Nepomjaschy szakaszos fejlődésről számol be, melynek során alakokat figyel meg, melyek szerinte anaerobok voltak. E fejlődési alakok Sartory és Meyer szerint collodium szűrőn áthatolnak. Meyer úgy véli, hogy maga az aktinomyces töke ssem fajlagos elváltozás. Szerinte az nem lehet a gombának sem védekezési, sem elfajulási terméke, mert nyúl tüdejében akkor is keletkezett részben jellegzetes, részben pedig nem teljesen kifejlődött töke, ha az aktinomycest előlt állapotban ojtotta a fül gyűjtőerébe. Szerinte a töke csupán valamilyen felszívódott gombaalkatrész által előidézett



4. ábra.

szöveti visszahatás. E felfogást másokkal egyöntetűen (Naeslund) nem tudom megerősíteni; függőcsepp kísérleteimben azt találtam, hogy fizikai és kémiai ártalomtól mentesen nemcsak az előregedés állapotában, hanem már korábban is tökeszerű képződmények alakjában nőttek telepeim (4. ábra). E szerint tehát a tökeképződés nem szöveti visszahatás, hanem a nocardiónak minden kórosító befolyástól mentesen is jelentkező sajátága, ami egyébként a szervezetben még jellegzetes aktinomykosis esetekben sem fejlődik ki mindig egyforma tökéletességgel. Sőt Emmons a tökét nem is tartja okvetlenül szükségesnek a kórismézésben, pedig ez a szerző a bunkót a szervezet és a gomba egymásra hatása révén



SZÉPMŰVÉSZETI AKADEMIA LISZABON

VASCO DA GAMA

tengernagynak, a keletindiai tengeri út felfedezőjének egyetlen hiteles egykorú képe.
A skorbut ellen már nyers gyümölcs fogyasztásával védekezett.

A TENGHERÉSZET LOVAGKORÁBAN a felfedezésekkel párhuzamosan hatalmas experimentum folyt, melyről a felfedezők nem is tudtak. A hosszú tengeri utakon borzalmas járvány pusztított rendszeresen. Ez a csapás, a skorbut azonnal megszűnt, amint partra szállva a tengerészek nyers gyümölcshez jutottak.

EGÉSZEN CSODÁLATOS A NÉPI ÖSZTÖN BIZTOSSÁGA. Éppen azokat a növényeket használták a skorbut orvosszeréül, melyekben később a legmodernebb vizsgálati módszerekkel a legtöbb ascorbinsavat találták.

1499-BEN VASCO DA GAMA FELFEDEZI A TENGHERI UTAT INDIA KINCSEI ÉS FÜSZEREI FELÉ. Első indiai útjáról hazatérőben az Indiai Óceánon a szélcsend következtében hónapokig vesztegelt hajója. Az egész legénység megbetegedett skorbutban; meglazult fogukkal már alig tudtak táplálkozni. A portugál tengernagy emlékezett arra, hogy valamikor arab hajósok beszéltek neki erről a pusztító betegségről és arról, hogy nyers gyümölcs a gyógyszere. Amint végre elérte Melindi keletafrikai kikötőt, azonnal követet küldött fejedelméhez, aki nagymennyiségű narancsot bocsátott rendelkezésére. A narancs élvezete után a legtöbb skorbutos meggyógyult.

1535-BEN JACQUES CARTIER MEGVETI A CANADAI KOLÓNIA ALAPJAIT. A huron indiánusok táborvárosában, Hochelagában telel át. Friss hús, gyümölcs és főzelék hiányában társai borzasztóan szenvednek a skorbuttól. Csodálkozva látja, hogy az indiánusok nem kapják meg ezt a betegséget. A bennszülöttek féltékenyen titkolják „varázsszerűket”. Mielőtt még az indiánusok megsejthették volna a fehérék tehetetlenségét, csel révén kitapasztalja, hogy a rézbőrűek tülevelűek rügyeiből a kergéből készített maceratumot isznak, és ez a forralatlan ital óvja meg őket Észak legreménytelesebb betegségétől.

1585-BEN JOHN DAVIS, A MESÉS KELET FELÉ Vezető Északnyugati Átjárót KUTATJA. Ő az első európai, aki felismeri, hogy az eszkimókat a hús és az itt-ott található növények nyersen való evése óvja meg a borzasztó betegségtől, amelynek a Sarkvidékre merészkedő európai többnyire áldozatul esik.

A SARKVIDÉK NOMÁDJAINAK, AZ ESZKIMÓKNAK, akik nem, vagy alig jutottak növényi táplálékhoz, volt a skorbut ellen egy sokévezredes védekezési módjuk, amely lehetővé tette, hogy ezek a Délről jött vándorok jeges hazájukban fennmaradjanak. Főtáplálékuk ugyanis a fagyott földbe ástott vermekben elraktározott, nyers rénszarvas- és fókahús. Az erdővidéket azért kerülük, mert ott hiányzik a táplálék nyersen való elraktározásához szükséges természetes jégsekrény. Ezért az arktikus világ lakói, az eszkimók sohasem betegedtek meg skorbutban, holott Észak-Európa népességét ez a vész még az újkor első századaiban is megtizedelte.

1594-BEN A HOLLANDUS VILLEM BARENTSZ AZ ÉSZAKKELETI ÁTJÁRÓ KERESESERE INDUL, hogy elragadja a portugáloktól a távolkeleti kereskedelem monopóliumát. Novaja Zemlja szigetén minden nyers táplálékot nélkülözve telelnek át, megtámadja őket a titokzatos betegség, és maga Barentsz több társával együtt elpusztul. A többi súlyos betegen elvergődik Vajgácsig, ott a bennszülöttek veszik őket gondozásukba, gyógynövényeket szednek és ezeket

nyersen fogyasztják. Néhány napi pihenés után egészségi állapotuk rohamosan helyre áll és gyógyultan folytatják útjukat Kolába.

1609-BEN A VEZETŐJÜK, HUDSON ELLEN FELLÁZDATT MATRÓZOK úgy menekülnek meg a skorbuttól, hogy elfogott algonkin indiánusok tanácsára vad sóskát szednek és ezt naponta nagy mennyiségben nyersen fogyasztják.

1615-BEN WILLIAM BAFFIN EXPEDICIÓJÁRA borzasztó erővel tört rá a skorbut. A végsőkig elcsigázva, szinte leszámolva az étellel, kikötnek Grönland nyugati partján. Itt egy védett mélyedésben meglapulva, kanálfüvet (*Cochlearia off.*) találnak. Nyersen eszik, és állapotuk már aznap észrevehetően javul. Nyolc nap alatt teljesen felgyógyulnak. Baffin e szerény füvecskének köszönhetette, hogy folytathatta jelentékeny felfedező útját, hogy nevét a föld egyik legnagyobb szigete örökíti meg.

1647-BEN ISAAC DE PEREYRE ÉRDEKES TUDÓSÍTÁST KOZOL AZ AMSTERDAM-SZIGETEN LEVŐ CETVADÁSZ-ÁLLOMÁSRÓL. Amolyan „vadnyugati” élet folyik itt. Hogyan bírják a Sarkvidék kemény kietlenségében a cetvadászok ezt a viharos életet? Pereyre tudósítása szerint olyképpen, hogy igen sok citromot, narancsot és vajat fogyasztanak.

1743-BAN OTTAMKOV OROSZ KALMÁR PRÉMVADÁSZ-EXPEDICIÓT SZERVEZ. A Spitzbergánál a hajó megreked a jégben, s a legénység a hajóval együtt ott pusztul, négy matróz kivételével, akik Edge szigetére menekülnek, s ott telelnek át borzalmas magányosságban. Ebben az elátkozott világban tenyérnyi növényzet sincs, a kunyhóban is -10° C a legmagasabb hőmérsék. Tüzelőanyag teljes hiányában a rénszarvas s a jegesmedve húsát nyersen eszik és vérért isszák. Így a tüzelőhiány, amittől oly sokat szenvednek, válik legnagyobb jótévedjükké, mert általa elkerülik a skorbutot. Az északi robinzonád hősei évek múltán egészségesen térnek haza.

1819: A FELFEDEZŐ UTAZÁSOK NAGY ESZTENDEJE. Az angol tengerészet két büszkesége: William Parry és John Franklin egyidőben indulnak útnak a sarkvidéki átjáró rejtélyének megoldására. A gondosságnak és előrelátásnak gyönyörű példáját adja Parry, amikor a legszigorúbban elrendelte citromlé fogyasztását minden étkezéshez. A whiskyre szomjazó tengerészeknek ez az ital sehogysém ízlett, de Parry nem ismert irgalmat: a tisztek ott álltak a matrózok mellett, amíg mind ki nem itta citromlé-adagját. Ugyanekkor John Franklin nem gondoskodott kellően a skorbut elleni védekezésről. Eredmény: személyzete legnagyobb részének pusztulása és expedíciója sikertelensége.

A skorbutellenes hatóanyag: az ascorbinsav nem mindig vihető nyers gyümölcs vagy friss zöldfőzelék formájában a beteg szervezetbe. Az ascorbinsav parenteralisan alkalmazható stabil oldata a

CERTASCORBIN

intravenásan, intramuscularisan vagy subcutan is adható.

JAVALLT:

Ascorbinsavdeficit, colitis ulcerosa, stomatitis, szigorú egyoldalú diéták.

Fertőző megbetegedések (tbc., influenza, tüdőgyulladás, typhus, paratyphus, diphtheria, dysenteria)

Basedow-kór.

Arsenobenzol-mérgezések.

Gyomor-, bél- és májbántalmak felszívódási zavarai, achlorhydria, ulcus, gastritis.

Praecapillaris és capillaris vérzések, haemorrhagiás diathesisek.

Gyermekek dystrophiája.

Graviditas, lactatio, terhességi toxicosisok.

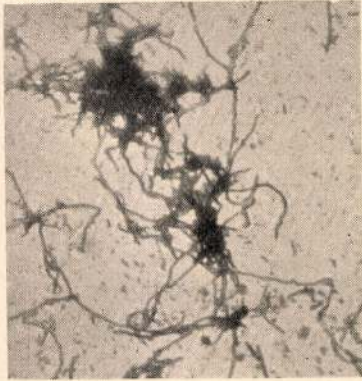
A CERTASCORBIN HÍZLAL.

AMPULLÁNKÉNT 0.15 GR ASCORBINSAV STABIL OLDATBAN.

A CERTASCORBIN 5x2.2 kcm P 5.30 10x2.2 kcm P 9.—

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM RT. BUDAPEST

kialakuló képződménynek tartja. Szerintem a gomba életképessége feltétlenül összefügg a töke képződésével; ugyanis ha előtt állapotban juttattam be az állatba az olyan megbetegítő törzset, mely élő állapotban más állat szerveiben tőkéképezett, akkor az állat szerveiben nem keletkezett semmiféle elváltozás. Aerob törzsekben átmeneti alakokat nem tudtam kimutatni, e telepek 4 év elteltével sem mutattak lényeges átalakulást. Az aerob sajátságot anaerobbá nem sikerült átváltoztatnom, anaerob körülmények között egyáltalán nem nőtt a gomba.



5. ábra.

Wright, Haslund, Emmons, Bjerrum-Hansen, Naeslund, Dechaume szerint főleg szuvas fogú egyének szájában a sugárgomba állandóan előfordul; Ruge, Gappisch pedig a gombát a mandulák rendes lakójának tartja. Bjerrum és Hansen 18%-ban tályogokban is megtalálta a sugárgombát; kórokozó törzsek elkülönítése ezekből nem sikerült. Számos szuvas fogból kenetet készítve nekem is sikerült néhány esetben a nocardia-ra eléggé jellemző igen vékony Gram szerint festődő fonalat kimutatni (5. ábra). Ezek tenyésztése azonban nem sikerült sem aerob, sem anaerob módon. Valószínűen azért, mert Naeslund szerint mesterséges táptalajon e gombafélék nagyon rosszul nőnek és még nehezebb belőlük tiszta tenyészetet nyerni. Pedig szerinte a tiszta tenyészetek között több kórokozó is előfordul. Neuber szerint ezt az „endogen” fertőzési lehetőséget el kell vetnünk már azért is, mert a betegek 80—90%-a mezei munkás. Ez a körülmény inkább a külső eredetű fertőzés mellett szól. A gomba szájba jutására nagy a lehetőség. Ha pedig már bejutott, csak addig marad ott élősd, míg a nyálkahártya fel nem sérül. Bostroem vizsgálatai szerint is a sugárgomba az állati, vagy emberi szervezetben a gabona szárával, kalász bajuszával kerül be.

Összefoglalás: Klinikánkon nocardia gombát igen sokféle elváltozásból és elég nagy számban sikerült kitenyésztenem. Tengeri malacra csak az aktinomykosis pedisből és elsősleges bőraktinomykosisból kitenyészett törzsek voltak megbetegítőek.

Kísérleti ojtásaink során törzseink közül más nem bizonyult állatra megbetegítőnek, noha ezek a betegítő-képességű törzsektől külsőleg semmiben sem különböztek. Törzseim alaki sajátága még 3—4 év múlva sem változott meg. Aerob állapotból anaerob állapotba átvitelük nem sikerült. Tapasztalatom szerint a nocardia mint az aktinomyces aerob alakja, mind az emberi, mind az állati szervezetre egyformán kórokozó lehet és éppen olyan szabályos tőkéket képez, mint az anaerob fajta. A tökéképzés a gombának fajta sajátága. A töke nemcsak a szervezetben keletkezik, hanem a nocardia függőcseppben is tökeszerű képződményt alakít ki. Emberben a nocardia törzseknek igen változó a betegítő ké-

pessége. Egyszer igen súlyos, akár halálos, máskor egészen enyhe elváltozást okoznak, gyakran pedig minden kár nélkül is elviseli őket a szervezet. A betegítő-képesség az illető törzsnek alaki tulajdonságaival nem függ össze.

A budapesti Állami Szemkórház közleménye. (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

A kötőhártya pótlása magzatburokkal.

Irta: Rötth András dr.

A kötőhártya pótlása akkor szükséges, ha részben, vagy teljesen elpusztult. Ez a leggyakoribb sérülés, maródás, hőhatás, ritkább mechanikai sérülés — trachoma, rosszindulatú daganat, pemphigus, gümőkóros fekély, amyloid és hyalin elfajulás kapcsán. A kötőhártya pótlása történhetik mindjárt elpusztulása után. Követelmény ez a daganatok kiirtása után előálló anyaghiány esetében, továbbá Denig, Thiess ajánlatára vegyi maradások miatt, ez az u. n. korai kötőhártyapótlás. Ilyenkor nem várjuk meg, míg a szervezet löki ki az elhalt szövetet, hanem azt kiirtva, pótoljuk a hiányt. A kötőhártya pótlására azonban gyakrabban akkor kerül a sor, ha annak elpusztulása vagy zsugorodása után a synblepharon már kifejlődött.

A kötőhártya pótlására szolgáló anyagok közül a másik szemről vett kötőhártya arravaló anyag ugyan, de csak kis terjedelemben lehet nyerni, különben is el-lenszenves lehet a betegnek, hogy hibátlan másik szemét is operálják hibás szeme érdekében. A bőr merev, vastag, elütő színű, hámlik és néha hajszálak nőnek ki belőle. Előnye, hogy mindig elegendő nagyságú darab áll rendelkezésre ezért az orbitoplastikában mint Csapodynak eredeti műtétével elért igen jó eredményei is igazolják, jelenleg az egyetlen használható anyag. A száj nyálkahártyája sima, csillogó, ezért a felület szempontjából nagyon alkalmas anyag. Hátránya a halvány piros szín és a rendelkezésre álló anyag nagyságának korlátozottsága. A Stellwag által ajánlott vaginális nyálkahártyát ő maga is csak 4 ízben használta, valószínűleg a nagyfokú zsugorodás miatt nem alkalmazta többször. Kuhnt is használt hüvelybeli nyálkahártyát, de a submucosa eltávolítása után, úgy hogy a zsugorodás mérsékeltebb volt. Magam is egyszer kíséreltem meg, idős nő súlyos haladó pemphigusa ellen. Az anyag jól megtapadt, de kb. 3 hónap alatt teljesen összezsugorodva symblepharon totale volt az eredmény, ép úgy mint az illető másik, nem operált szemén. Az adó és a vevő különböző vércsoporthoz tartozott. Egy esetben Kleitsmann és Poska-Teiss nyomán, akik így hüvelyt képeztek, vernix caseosával szemüregbélelést kíséreltem meg sikertelenül. A szerzők feltették, hogy a magzatburokban lévő embryonális hámsejtek bevónják az üreg falát és így az egy összefüggő hámbelelést kap.

Más anyag homotransplantatiora nem áll rendelkezésünkre, a használt anyagoknak pedig több-kevesebb hátrányuk van. Ezért örömmel fogadtam Burger prof. gondolatát, hogy tegyünk kísérletet a kötőhártyának magzatburokkal való pótlására. Ő ezzel az anyaggal hüvelyképzésnél ért el jó eredményt. (O. H. 1938. 33 sz. 800.)

A magzatburok tökéletes anyagnak látszik kötőhártya helyettesítésre. Sterilen nyerhető, vékony, rugalmas, alig van benne ér, nagy darabot vehetünk belőle és a betegen nem kell egy második műtétet végezni anyagszerzés céljából. A II. sz. női klinikán császármű-

széssel szerzett burok langyos Locke oldatban állt 1—4 sőt 15 óra hosszat a kötőhártyaműtét előtt. Symblepharon 6 esetében 8 alkalommal alkalmaztam burkot.

3 méisz, 1—1 karbolsav és karbid sérülés és 1 pemphigus okozta a szemhéjak teljes, vagy csaknem teljes lenövését.

Anophthalmus esetében a szűk zsák tágítása végett 2 alkalommal használtam az anyagot, tehát összesen 10 műtétet végeztem magzatburokkal. A műtét technikája olyan, mint azt szájnnyálcakahártya felhasználásával ajánlottam 1929-ben. (Blindehautplastik. Concilium ophthalm. internat. Amsterdam, 1929. és Új műtési eljárás kötőhártya pótlására O. H. 1930. 16 sz.) Ennek a műtétnek elve szerint a rendelkezésre álló megmaradt kötőhártyát úgy kell felhasználni, hogy a szemhéji kötőhártyát pótolja, ha tehát van egy kevés áthajlás, akkor a kötőhártyasebet a limbusnál ejtjük és onnan szabadítjuk fel a kötőhártyát egészen a szemhéj széléig. Az így nyert kötőhártyát matracvarratokkal a szemhéj fedésére használjuk. Tehát csupasz marad az áthajlás és a szemtekei kötőhártya. Ezt fedjük a burokkal oly módon, hogy matracvarrattal hozzárósítjuk a megfelelő csupaszon előtűnő egyenes szemizom inához. A burok a sebre chorion felszínével kerül, azonban erről a kissé tömöttebb kötőszövetes részeket lemetsszük. A seb felszínre helyezett burok ne vessen ráncokat. Egy esetben a burkot nem varrtam a rectus tapadásához, hanem a felső és az alsó szemhéj teljes symblepharonjának fölfedése után az érintkező üvegre helyezett burkot azzal vittem a szemgolyóra. Az érintkező üveget 7. nap távolítottam el. A burok jól megtapadt. Mindig kétszemes kötés, első kötésváltás 3 nap múltán. A burok mindig megtapadt, kb. 3 hétig változatlanul meg is marad, azután zsugorodni kezd és 10 hét után látszólag teljesen eltűnik. Azonban a kötőhártya, illetve áthajlás mindig több, mint műtét előtt volt. Tehát a burok nagyfokban zsugorodik, de a megmaradt rész ügylátszik teljesen átalakul kötőhártyává. Az anophthalmus két esetében az átültetésnek nem lévén szilárd alapja, teljesen összezsugorodott. A hat symblepharon-eset közül a karbolsav sérülés esetében tökéletes volt az eredmény, úgy hogy a betegnek 3 hónappal a műtét után is tökéletes jó felső áthajlása volt. Az egyik méiszérülés után 1/2 évvel operált beteg felső áthajlását újra lehetett képezni, sőt a száruhátyát fedő burok is kifogástalanul megtapadt. A pemphigus miatt teljesen eltűnt alsó áthajlás két hónappal a műtét után ismét teljesen eltűnt, a többi 3 symplepharon esetében a zsugorodás nagyfokú volt.

Ezek szerint tehát eredmény az eseteknek csak kisebb számában van, de az eljárással a következő szempontok miatt érdemes foglalkozni.

1. Embryonalis szövetet használunk fel, melynek valószínűleg nagy átalakulási képessége van.

2. A karbolsavas esetekben a transplantatumba behatolt erek a kötőhártya rendes ereinek folytatását képezték és lefutásuk is olyan volt, mint az eredeti kötőhártyában. Ezt a jelenséget más átültetésben nem észleltük.

3. A száruhátyát fedő transplantatum is csillogó felületű száruhátyát eredményezett. Vajjon maga a transplantatum ez, vagy pedig a helyére kuszott hám, azt eldönteni nem tudjuk.

4. A transplantatio után 2 hónappal másik esetben 4 hónappal kimetszett burok darabja a kötőhártya hámjával azonos szövettani képet mutatott.

Az eljárást feltétlenül ajánlatosnak tartom olyan symblepharon esetében, ahol valami okból szájnnyálcakahártyára nem lehet szert tenni, vagy a beteg vonakodik

ettől a szájában elvégzendő beavatkozástól. Továbbá olyan esetben, amikor a szemhéj a száruhátyára is rányött, mert ilyen esetben a szájnnyálcakahártyával fedett száruhátya csunya piros lesz.

Dr. Mager és Kallós orvos-chemiai és bakteriologiai laboratóriumának közleménye, Arad.

Hypertonia és vérhúgysav.*

Írta: Kallós József biochemikus, Arad.

A magas vérnyomás keletkezése, mint ismeretes, különböző okokra vezethető vissza. Ezek között szerepel a nephrogen eredetű, — az idegrendszeri zavarok, — az érrendszerben létre jött elváltozások, — az endokrin mirigyek kiesésének hormonális diszfunkciói, — a constitutionális anatómiai elváltozások stb., stb. Bizony nem egyszer állítja nehéz feladat elé a klinikust ennek a kérdésnek a tisztázása. Ezen oknál fogva örömmel kell üdvözlönnünk minden olyan új adatot, mely közelebb hoz bennünket e probléma tisztázásához.

Hasenföld a magas vérnyomást két kategóriába sorozza: megkülönböztet hypertoniát és hypertenziót. A mig hypertoniában a magas vérnyomás különböző méresei változó értékeket adnak, — addig a hypertenzióban a magas értékek állandósultak.

Minthogy a nagy vérnyomás a leggyakoribb okozója a vesék betegsége, az ilyen betegen elsősorban a vesék pontosabb vizsgálatát szoktuk elvégezni. Ez a vizelet fehérje tartamára, cylinderekre terjed ki, és még a vér maradéknitrogén tartalmát határozzuk meg. Ha az eredmény negatív és egyéb klinikai támpont sem tisztázza a vérnyomás okát, akkor ismereteink hiányosságának kifejezésére az „essentialis hypertonia” jelzésű diagnoszt alkalmazzuk. Vannak autoritások, kik a m. vérnyomást 100%-ban vese eredetűnek tartják, viszont mások a vesebajt a magas vérnyomás következményének tudják be. A további kutatások vannak hivatva e kérdés eldöntésére. Egy azonban bizonyosnak látszik, hogy a vesék szerepe nagy fontosságú a magas vérnyomásban.

E dolgozatomban a vesék megbetegedésének egy érzékeny vizsgálati módszerére bátorodom az illetékesek figyelmét felhívni.

Behatóan foglalkoztam a szervezet húgysavképzésével és ezen tanulmányaimról az Orvosi Hetilap 1838 5-ik számában számoltam be. A mindnapos orvosi gyakorlatban szinte belegyökerezett az a felfogás, hogy a szervezet húgysavképzésének mikéntjét a vizelet, vagy még inkább a vér húgysav tartalmának meghatározásával tudjuk megállapítani. Tapasztalataim arról győzték meg, hogy e felfogás helytelen és célra nem vezető. A vizelet húgysavtartalma csak arról világosít fel, hogy az egyén bőséges vagy purin-szegény ételeket fogyasztott, aminek megfelelően több, vagy kevesebb húgysavat fog kiválasztani. Ha pedig a vérhúgysav értékekből akarnók a szervezet húgysavtermelését megítélni, akkor a legsúlyosabb hibát követnők el.

A húgysav meghatározásra egy érzékeny módszert dolgoztam ki, melynek segítségével könnyen lehetséges volt az összes emberi váladékok húgysav tartalmának pontos meghatározása. A húgysavat megtaláltam és meghatározásokat végeztem a liquorban, — a könnyben, — a nyálban, — az epében, — a gyomortartalomban, — a bélsárban, — az ondóban, — a pleura és a térdizületi váladékok-

*) Előadta az E. M. E. 1938. aug. 29-én Tordán tartott vándorgyűlésén.

*) A húgysavas diatesis megállapítása a nyálból.

ban. Mint a legkönnyebben hozzáférhető váladékot, a nyálat tettem beható kutatás tárgyává és vizsgálataim arról győzték meg, hogy a húgysavképzés legjellegzetesebb kifejezője a nyálhúgysav mennyisége. A rendes húgysav-anyagcseréjű egyén nyálhúgysav-tartalma éhgyomorral 2.5—3.5 mg%. A nyálhúgysav-érték az egyénre jellegzetes, állandó. A normálisnál legnagyobb értéket 12 mgr %-t találtam. Ezek az egyének húgysavas diathézisben szenvednek, részben könnyebb-súlyosabb ízületi és veseköves tünetekkel. A legkisebb érték 0.9 mgr % volt. A rendesen alacsonyabb értékeket adó egyének majdnem kivétel nélkül rheumatikus fájdalomról panaszkodtak.

Fontosnak látszott megállapítani, van-e összefüggés a nyálhúgysav és a vérhúgysav között. Számos összehasonlító vizsgálatom szerint semmi kapcsolat a kettő között nincs. E vizsgálataim közben jöttem arra a megállapításra, hogy a vérhúgysav rendes körülmények között sohasem szaporodik meg. A normális érték fölé való emelkedése mindig a vesék csökkent munkája mellett tanuszkodik. Az épveséjű egyének vérhúgysav tartalma 2—4.5 mgr % között van. Az e feletti érték már a vesék bántalmát bizonyítja. E megfigyelésem alapján tettem vizsgálat tárgyává a magas vérnyomásban szenvedők vérhúgysav értékeit. Számos eset kapcsán azt láttam, hogy az esetek túlnyomó részében 4.5 mgr % fölé emelkedett a vérhúgysav, még olyan esetekben is, amikor a vizelet sem albumint, sem hengeret nem tartalmazott és sok esetben az egyidejűleg meghatározott maradék-nitrogen sem haladta túl a normális értéket. A magasabb vérhúgysav értékekre a vesebajosok vérének vizsgálatánál lettem figyelmes és feltűnt az is, hogy erősen húgysavas sók okozta panaszoknál a vérhúgysav-értékek nem emelkedtek. Mint-hogy legtöbb szerző szerint a magas vérnyomásban szenvedőknél előbb-utóbb a vesék elváltozása mutatkozik, így logikusnak látszott az az elgondolásom, hogy a magas vérnyomásnál található emelkedett vérhúgysav a vesék ama részének bántalma mellett szól, a mely a sókat választja ki, mivel a fehérjéket szűrő részek még jól működnek és ezért nem találunk elbumint. A maradék-nitrogén pedig nem alkalmas ilyen finomabb eltérések kimutatására, még pedig azért, mivel a rendesen megállapított értékek limítje olyan nagy, hogy a 20—50 mgr % durva mérőeszköznek nevezhető 2—4, 5 mgr %-nyi húgysav mértékkel szemben. Ez utóbbi tisztes érzékenyebb a kóros állapot észrevételére.

Az essentialis hypertoniás diagnózis egyének majdnem mindegyikén sikerült a vesék kezdeti megbetegedését a vérhúgysavval megállapítani, miáltal a diagnózis is tisztult, az eddig ismeretlen okozatunk tartott essentialis hypertonia a nephrogen eredetű magasvérnyomások közé sorolható lett. Ennek klinikai jelentőségét nem kell hangsúlyoznom.

Ritkább esetben találtam olyan magas vérnyomást is, ahol vérhúgysav szabályos értéket adott. Ezen egyénekre jellemző volt, hogy vérnyomásuk állandóan változott, sokszor minden beavatkozás nélkül a rendes értékre szállott alá. Ezek az esetek volnának Hasenfeld szerint a hypertoniások. Ily módon alkalmasnak látszik a hypertonia s hypertensio közötti differentialediagnózis megállapítására a vérhúgysav meghatározás. Ugyanis az állandóan magasvérnyomást mutató egyének vérhúgysav-tartalma is állandóan magasabb a rendesenél.

Módszerem a vérhúgysav meghatározására.

Kémszerek: 1. Húgysav-reagens. A következőképpen készül: 25 g natriumwolframatot 100 ccm vízben feloldunk és hozzáadunk 20 ccm. 80%-os fosforsavat. Ezt

1 óráig főzzük és állandóan vizet töltünk utána, majd az egészet 250 ccm-ig dest. vízzel feltöltjük. Ha kissé keskeny színű, azért használható. A reagens szobahőmérsékleten évekig eltartható. 2. 20%-os natrium-carbomicum. 3. 20%-os NaOH. 4. 1/1000 (ezrednormal) kaliumferricyanid oldat. 5. 20%-os trichloreccsav.

A vérsérumból veszünk 2—3 ccm-t és ehhez ugyanannyi 20%-os trichloreccsavat adunk és kicsiny szűrőn megsűrjük. Ebből veszünk 1 ccm-t egy nagyobb kémcsőbe és hozzá adunk 1 ccm. natriumcarbonatot, azután 3 cseppet a húgysav reagensből és 3 cseppet a 20%-os NaOH-ból. 5 percig várunk, míg a kék szín erősege teljesen kifejlődött. Ekkor 1/100 ccm-re beosztott bürettába tesszük a kaliumferricyanid reagenset és abból addig cseppentünk, míg a kék folyadék teljesen színtelenné nem válik. Ekkor az elhasznált ccm-ek számát megszorozzuk kettővel, illetve a következő képlettel számítjuk ki: pl. elhasználtunk 0.22 ccm-t:

$$\frac{0.22 \times 100 \times 2}{11} = 4.0 \text{ mgr\% v\acute{e}rh\acute{u}gysav.}$$

A Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Polioenkephalitis érdekesebb esete.

Irta: Mórítz Dénes dr. tanársegéd.

Amíg a Heine-Medin kór klasszikus megjelenési alakjának, a poliomyelitis anterior acutának felismerése nehézséggel alig jár, addig atypusos formái elkülönítő kórisme szempontjából sokszor nehézséget okozhatnak, sőt biztos elkülönítésük más, hasonló tünetekkel járó kórképektől nem egyszer majdnem teljesen lehetetlen. Egy ilyen esetet volt alkalmunk észlelni a közelmúltban.

Egy 5 éves kisleányról van szó esetünkben, akinek felvételét a Fehér Kereszt kórházból Göttche főorvos osztálya kérte Heine-Medin kór gyanújával.

A kórelőzmény az eset szempontjából említésre nem érdemes. A heveny fertőző megbetegedések közül csak morbilli — 1 évvel ezelőtt — volt; a múlt év őszén pedig tonsillectomia történt nála. Jelen betegsége 1936. X. 9-én, tehát 5 nappal a felvétel előtt kezdődött főfájással, lázzal, hányással; ugyanekkor obstipált is. A betegség IV. napján a Fehér Kereszt kórházba szállították, ahol lumbalpunkciót végeztek a betegen. A liquor vizsgálata a következő eredményt adta: Pándy-reactio positiv, sejtszám 100, fehérje 0.28.

Felvételi status: Közepesen fejlett és táplált leánygyermek. Bőre halavány, erősen izzad. Nyálkahártyák közepesen vérteltek, conjunctivák erősen injiciáltak és váladékosak. Mirigyes nyak. Csont- és ízületi rendszer kóros elváltozást nem mutat. Száj tiszta, torokképletek belöveltek. Tüdő és szív részéről eltérés nincs. Has puha, könnyen áttapintható; máj 1 ujjal meghaladja az alsó bordaívét. Lép nem tapintható. Idegrendszer: Sensorium tiszta, a beteg bágyadt, aluszékony. Állása és járása kissé bizonytalan, ataxiás jellegű. Mérsékelt tarkómerevség; kifejezett Kernig-, Hainiss-, és Trousseau-tünet. Pupillák közepesen tágak, fényre és alkalmazkodásra egyformán jól reagálnak. Régebb idő óta fennálló strabismus convergens. Nystagmus nincs. Homlokát jól ráncolja. Szájmozgásoknál (füttyülés, fogak mutatása stb.) bal arcfél eimarad. Hasreflexek mindkét oldalt az alsó sextansban, jobboldalt a középsőben is hiányoznak; a patella, valamint a radialis mindkét oldalt kiváltható ugyan, de jobb oldalt gyengébben. Talpreflex mindkét oldalt élénk. Kóros reflex (Babinski, Oppenheim) nincs. A kezek szorító ereje, valamint a jobb oldali felső és alsó végtag tonusa kissé csökkent. Érzés kiesés nem mutatható ki. Lumbalpunkciónál kb. 20 ccm viztiszta liquor ürült, benne a Pándy-reactio negativ, sejtszám 72, fehérje 0.44, cukor 59 mg%, üledékben lympho-

*) A Magyar Gyermekorvosok Társaságának 1938. dec. 7-ik ülésén tartott bemutatás alapján.

cyták és leucocyták egyenlő arányban találhatók. Koch bacillus nincs. Szemészeti lelet: mindkét oldalt conjunct. cath. acuta; szemfenék ép. Pirquet-, Mantoux-, és Wassermann reactio negativ. Fehérvérsajt szám: 10.700; qualitativ vérképben: pálcák: 11%, segmentált 51%, lymphocyták 36%, monocyták 2%. Vörösvérsejtsüllyedés Linzenmeyer szerint 1 óra 28 perc. Vizelet falysúlya 1023; fehérje és cukor nem mutatható ki; Donné-reactio positiv. Üledékben 100-nél több fehérvérsejt, sok laphámsejt.

Kórlefolys: X. 20. Meningeális tünetek még jellettek. Hasreflex mindkét oldalt kiváltható. Facialis paresis kisfokú javulást mutat. Liquorban a Pándy-reactio negativ, sejtszám 5, fehérje 0.39.

X. 27. Facialis paresis majdnem nyom nélkül visszafejldött. Jobb oldalt, különösen az alsó végtagon kissé fokozottabb az izomtanus. Liquorban Pándy-reactio negativ, fehérje 0.38, sejtszám 3.

XI. 22. Idegrendszeri eltérés már nem mutatható ki. Subfebrilitas még fenn áll. Liquorban a Pándy-reactio negativ, sejtszám 5, fehérje 0.18.

A diagnosis felállítása esetünkben nehézségbe ütközött. Minden más betegség előzménye nélküli hirtelen magas láz, fejfájás, hányás lépett fel, a betegség V. napján pedig oldali facialis paresissal vettük fel a beteget a klinikára; a facialis paresist sensibilis és motorikus izgalmi tünetek kísérték (tarkómerevség, Kernig, Hainiss-, tünet, hasreflexek kiesése, jobb oldali tonus csökkenés stb.) A liquorban kisfokú gyulladásos reactio volt kimutatható.

A differential diagnostikus szempontból egyáltalában szóba jöhető betegségek közül meningitis a liquor lelet alapján kizárható volt. Agytumor és agytályog ellen szólt a hirtelen kezdet, a pangásos papilla hiánya és utólag a betegség egész lefolyása. Lues lehetőségét kizárta a vérben és liquorban elvégzett Wassermann-reactio.

Embolia és vérzés felvételére nem volt semmi támogatás. Encephalitis epidemica ellen szólt az általános tünetek hiánya és az a körülmény is, hogy jelenleg Budapesten encephalitis epidemica járvány nincsen. Tulajdonképpen 2 kórkép között kellett differenciálni: a Heine-Medin kór centralis alakja és encephalitis acuta között. Ezen 2 megbetegedésnek egymástól való elkülönítése nem egyszer nagyon nehéz, sok esetben csak az epidemiológiai viszonyok figyelembe vétele, állatoltás vagy exitus esetén az agy szövettani vizsgálata alapján lehetséges. Esetünkben az epidemiológiai viszonyok nem szolgáltatott bizonyítékot Heine-Medin kór mellett, állatoltás elvégezhető nem volt és a betegség szerencsés kimenetele folytán a harmadik bizonyítékra sem került sor, és így azt a kérdést, hogy a betegség Heine-Medin eredetű volt vagy nem, biztosan eldönteni nem sikerült.

Ezen esettel kapcsolatban van még egy olyan körülmény, amely említést érdemel. A klinikai képben dominált a facialis bénulás. A facialis bénulás aetiológiájában régebbi felfogásával szemben (rheumatismus, arteriás keringési zavar, stb.) Müller vetette fel először azt a kérdést, hogy facialis bénulás eseteiben valóban periferiás idegyulladásról vagy pedig inkább pontin eredetű magi laesióról van-e szó. Szerinte ezen utóbbi felfogás mellett megfelelő támpontot szolgáltatnak poliomyelitisnek olyan esetei, amelyekben nucleo-periferiás facialis bénulás uralja a klinikai képet. Bár ezen felfogás még nem talált általános elfogadásra, azonban mind több olyan közlemény jelenik meg, így nálunk legutóbb Purjesztól, amelyek ezen felfogás helyességét igazolják. A mi esetünk is támogatja ezt a felfogást, hogy az izolált facialis bénulásoknak legalább is egy része a központi idegrendszernek neurotrop vírus által okozott megbetegedésére vezethető vissza.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† Dalmady Zoltán dr. kéziratának átdolgozásával írták:
Benderek István dr. és Külley László dr.

A mechanoterápia technikája.

Írta: Benderek István dr.

III. Gyakorlatok tornaszereken.

A gyógytorna gyakorlatainak erre a csoportjára jellemző, hogy külső erő nem hat a beteg testére. A külső körülmények alakulnak úgy, hogy a beteg testének tömegeloszlási viszonyai, vagy statikai viszonyai lényegesen megváltoznak.

Megkülönböztetünk statikai és dinamikai tornaszereket. A dinamikai tornaszerek átmenetet képeznek az aktív tornagépekhez. Hatásuk fizikai értelemben arra a feltevésre vezethető vissza, mintha a mozgó tag tömege megváltozott volna. Ilyen dinamikai tornaszerek a súlyzó, a buzogány, a csigaáttétellel emelhető súly, stb. Ezzel szemben a statikai tornaszerekenél, mint mozgó tömeg a beteg teste szerepel. A statikai hatású tornaszerek gyakorlatai átmenetet képeznek a szabadgyakorlatokhoz, mert a talaj maga is tornaszernak tekinthető. Ilyen statikai tornaszerek a svéd torna és a német torna tornaszerei. (Például bordásfal, zsámoly, pad, ferdekötél, nyújtó, létra, korlát, ló, stb.)

A dinamikai hatású tornaszerek.

Egyszerű tornaszerek, melyek csak a végtag súlyát és tömegeloszlását módosítják. A gyakorlati gyógytornában aránylag kevésbé szerepelnek, bár ismételt megkísérelték alkalmazásukat, különösen a lendített mozgások végzésére. A kézbevett súlyzó, a talpra erősített súly használható. A szabadgyakorlatok sorából vett mozdulatokban alkalmasak lehetnek egyes izmok erős dolgoztatására, vagy a lendített mozgásokban a mozgásikör tágitására, de a gyakorlatban nincsenek túlságosan elterjedve. Szélesebbkörű alkalmazására számíthatnak és egyúttal a gyógytorna legértékesebb eszközeihez sorozhatók, a már tornagépeket is helyettesítő csigaszerkezetes súlyemelő készülékek. Sokféle változatban és kivitelben, de azonos elv szerint készülve vannak forgalomban. Előnyük, hogy olcsók és hogy helyes alkalmazásban céljainknak tökéletesen megfelelnek.

A Thilo-féle berendezés egyike a legrégebbieknek és a legjobban beváltaknak. Csigán, vagy fémkarikán átvettett zsinórra függesztett súly, melyet a tornázó emel. A csiga helyzetének a mozgó taghoz viszonyított változásával módosul a mozgás. A helyzet változásával módosul a szükséges erő kifejtés és a mozdulat megterhelése is. Ugyanezt az elvet használják fel némi általánosítással a forgalomban levő Hoffa, Diel, Eschbaum-féle készülékek is. Jó és helyes használatuk előfeltétele a beteg megfelelő elhelyezése.

Az egyszerű Thilo rendszerű tornáztatás egyszerű segédeszközökkel a passzív mozgatás céljait is szolgálhatja. A készüléket tökéletesebbé tették a Herz és Kopits-féle módosítások.

A csigaáttételes súlyemelés elve érvényesül Zander néhány tornagépén is. Vannak olyan tornagépek is, melyek a végzett munkát méterkilógrammokban fel is jegyzik.

A dinamikus tornaszerek közé sorozzuk a Funke-féle tornagépet is. Figyelmet érdemel olcsósága, sokoldalúsága és az, hogy a munka adagolását könnyen biztosítja. Lényege egy mindkét oldalán — mindkét végén változóan megterhelhető rud, melyet különböző magas-

ságban lehet vízszintes tengely körül forgóan megerősíteni. A tornagép szerepelhet mint egykarú és kétharú emelő, mint inga és mint lendítőkerék.

Nagyon elterjedt a Gaertner-féle Ergostat, bár használata kissé egyoldalú. A készülék lényege egy hajtókaral felszerelt kerék, melynek forgását pofafékkal szabályozhatjuk.

Az alsóvégtagok forgató mozgását Jacob, valamint Herz-féle „Velotrabbal” adagoljuk. A velotraben pedálokkal forgatott kereket tetszés szerint lehet fékezni.

Az automatikusan végezhető mozgások alkalmasak arra, hogy a beteggel erős, de mégsem fárasztó testi munkát végeztessünk. Itt említjük meg, a sport köréből vett Beely-féle evezőkészülék. Előnye, hogy igen sok izmot foglalkoztat.

A tornaszerek külön csoportját képviselik Krukenberg kétfonális ingái, melyek vízszintes síkban biztosítják a lendített mozgásokat, a mozgó testrészt súlyának a kikapcsolásával.

Itt említjük meg azokat a tornaszereket, melyek már inkább a gyakorló gyógymódok eszközei, de céljuk nem a beidegzés, hanem a mozgás közvetlen szerveinek a gyakorlása. Az ízületek sérülésénél, az utókezelésben és az idült ízületi gyulladások kezelésénél játszanak szerepet. Olyan nagy számban vannak és voltak forgalomban, különösen a háború alatt, hogy ismertetésükre nem is gondolhatunk. Elég néhány típust megemlítenünk: különböző átmérőjű (1–10 cm) függő súllyal terhelt golyók, melyeket ujjheggyel kellett megfogni és felemelni, különböző súllyal terhelt fahengerek, melyeket meg kellett markolni és így a súlyt felemelni, hengerek, melyeknek a vastagsága volt különböző, stb.

Végül megemlítjük, hogy adott esetekben a háztartás bizonyos eszközei, butorok, a házi gépek némelyike is egészen jól felhasználható tornaszer gyanánt. (Például a kerek kút forgatása, varrógép hajtása, ajtószárny, stb.) Az orvoson mulik, hogy a mindennapi gyakorlatban milyen egyszerű eszközökkel tud gyógyító célokat szolgálni.

Statikus tornaszerek.

Orvosi rendelőben, intézetekben a svéd torna néhány tornaszere nagyjelentőségű a gyógytorna alkalmazásánál. Ezek közül kiemeljük a következőket:

A pad. A svéd torna egyik legfontosabb tornaszere. Hosszú, lapos keményre párnázott pad, melynek a két hosszú oldalán 25–30 cm. magasságban tenyérnyi széles deszka fut végig. Erre a padon rendes, vagy lovaglósülésben elhelyezkedett beteg ráteheti a lábát. A lábakat szíjjal is lehet rögzíteni. Célszerű a pad egyik részén magasabban elhelyezett talptámasztóról gondoskodni, kisebb termetű betegek, gyermekek részére.

A masszázspad is felhasználható bizonyos gyakorlatok végzésére.

A lovaglószer. Olyan szék, melynek ülőlapja körte, vagy zömök piskóta alakú. Kényelmesen lehet rajta arccal a támla felé fordulva ülni. (lovagolni.) Alacsony támlája egyenes és párnázott felszínű, hogy kényelmesen lehessen könyökölni.

A bordásfal. A faltól arasznyi távolságra álló sűrűfokú létrához hasonló tornaszer. Széles alkalmazási köre van. Úgy magában, mint számollyal kombináltan sok gyakorlat végzését teszi lehetővé.

A számoly. Nehéz, hosszú, keskeny, igen alacsony, nagy súlyú pad. A gyógytornában főleg az alsóvégtagok és a törzs mozgásgyakorlataihoz használjuk, gyakran a bordásfallal együtt.

A tornahenger. Változó magasságban megerősíthető vízszintes vékony gerenda, mely részben körkörös,

részben csak a felső lapján párnázott. Legtöbbször ortopédiai beavatkozásoknál használjuk, de a belgyógyászati gyógytornának is eszköze. Törzsmozgások és bizonyos légzési gyakorlatok végzésére alkalmas.

Tornaszernek számít minden szék és asztal, melyen a beteg és a tornáztató helyet foglal, vagy amelyre a kezelésben levő tagot helyezik. A megfelelő elhelyezés igen fontos, mert az ellenkező esetben értéktelenné válhat a gyakorlat és nagyon fárasztó lehet a betegre is és a tornáztatóra is. Tornaintézetekben nélkülözhetetlenek az olyan székek és asztalok, melyek magassága változtatható.

A statikus tornaszereken végzett gyakorlatokban mint erő csakis a beteg izomereje, mint súly a beteg tagjainak a súlya szerepel. A tornaszerek könnyített és gátolt gyakorlatok végzésére is alkalmasak. Ilyen gyakorlatok többek közt a nyújtott comb emelése a bordásfalon függő helyzetben. Karlendítés felfelé és törzhajlítás hátra a tornahengerre támaszkodva és kézzel segítve, stb.

Magánháznál statikus tornaszer gyanánt a megfelelő butorokat is fel lehet használni, például az ágyat, a diványt, asztalt, széket, zsámolyt, stb. Megfelelő mozgástani ismeretekkel rendelkező orvos egész sor gyakorlatot végeztethet ilyen berendezési tárgyakkal. Az eszköz természetesen a beteg megfelelő elhelyezkedésére és rögzítésére szolgál. A gyakorlatot a beteg vagy egyedül, vagy segítséggel végzi.

IV. Géptorna.

A géptornának az az előnye a kézi erővel végzett torna felett, hogy kikapcsolja a tornáztató fáradékonyágát és élesen megszabott, pontosan adagolt mozgásokat tesz lehetővé. Előnynek számít még az is, hogy a géptorna egyszerre több beteg szimultán kezelésére is alkalmas. Hátránya, hogy nem enged meg olyan nagyfokú egyéni kezelést, vagyis nem alkalmazkodhatik tökéletesen a megváltozott mechanikai és erőviszonyokhoz. A kapcsolat és az érintkezés lazább a beteg és a tornáztató között. A géptorna berendezések nagy termet kívánnak és igen költségesek.

A géptorna alapját Zander vetette meg. Kisebbszámú módosításokkal ma is ezek a gépek vannak a legjobban elterjedve. (21, 25. kép.)

Képeink az új modelleket mutatják be.

A gyakorlati szempontból a gépeket két csoportba osztjuk. 1. A gép használata közben csak a beteg ereje működik. 2. A gép már úgy van beállítva, hogy külső erő — rendszeren transzmisszióval kapcsolt elektromotor hozza mozgásba a szerkezetet.

Az utóbbiak passzív és egyensúlyozó mozgást végzett gépek. A tornatermen végigfutó motorhajtotta tengelyhez szíjártétellel kapcsolódnak, ezáltal már elhelyezésüknél fogva is különböznek a többi készülékektől.

Zander készülékeit 5 csoportra osztotta:

1. Könnyített mozgások végzésére szerkesztett gépek.
2. Passzív „ „ „ „
3. Nehezített „ „ „ „
4. Egyensúlyozó „ „ „ „
5. Masszázsgepek.

Zander könnyített és nehezített mozgású gépei az emelő elvéte használják fel a munka adagolására. A nehézségi erő vagy közvetlenül hat az emelőre, mint a kar-emelést, vagy karsüllyesztést végző gépnél, vagy pedig keréktranszmisszióval, melyet úgy szerkesztettek, hogy a mozgó tag és az ellenállást szolgáló emelő relatív helyzetét állandóan megtartja. Az emelőkar mindig

ugyanolyan fokú és ugyanolyan sebességű elfordulást végez, mint a dolgozó testrész.

Az emelő rudján futó súly van, melynek elmozdításával és kívánt helyen való rögzítésével szabályozzuk a megterhelést. Számos készüléken az emelőrudnak nem a végső pontján van a tengely, hanem beljebb, vagy esetleg a közepén. Ez a berendezés lehetővé teszi, hogy mindkét karon futó súly nyerjen elhelyezést. Ha a tengely mindkét oldalán egyforma súly egyforma távolságban van elhelyezve, akkor a mozgató testrész csak saját súlyával szemben dolgozik, de a mozgás kinetikai energiája nagyobb, mint a szabadgyakorlatokban. Az emelőkarokkal ellentétes oldalon levő súly megfelelő eltolásával a mozgó testrész súlyát kiegyensúlyozhatjuk, (tarasúly) ezáltal elérjük, hogy olyan gyöngye tagokkal is végeztethetünk aktív mozgást, melyek saját súlyukat sem képesek emelni.

Megfelelő súlyelosztással és elhelyezéssel az emelő-rúd inga gyanánt szerepelhet és a Zander-féle gépek a Krukenberg-féle készülékhez hasonlóan alkalmassá válik a lendített mozgások végzésére.

Az ellenállási gyakorlatok végzésére szolgáló gépeken az izom gyakorlása mindég kétfázisú: 1. az ellenállással szemben létrehozza a mozgást az emelőt megemelve; 2. az ellenkező irányú mozgásnál passzív módon mozog, lassítja a súly leszállását és ellenállást fejt ki az izomnyújtással szemben. Az első mozdulat jellegzetesen dinamikus munka és a rendes megterhelési viszonyoknak megfelelő sebességgel történik. Az utóbbi közel áll az öngátlási gyakorlathoz és eltolódó helyzetű statikus munkának fogható fel.

A Zander készülékek második csoportja, lendített mozgásokat végez; a lendítőkerék dinamikai elvén alapszik. A készülékek jellegzetes része a lendítőkerék, méretei és tömege alkalmazkodik a mozgásban szereplő izmok erejéhez és tömegéhez.

A motorhajtotta passzív mozgásra berendezett Zander-gépek különösen ott válnak be, ahol nagy erős emberek nehéz tagjain kell passzív mozgást végezni. Használatosak a medence emelésére, törzsforgatásra, törzshajlításra.

Azok a villanyerővel hajtott Zander gépek, melyek az egyensúlyozó-reflexek fejlesztésére valók nem túlságosan nagy gyakorlati jelentőségűek. A beteget olyan padra, vagy biztosabb elhelyezés céljából nyeregbe ültetjük, melyet a gép körözve billenő mozgásban tart. Tévedés azt hinni, hogy ezek a készülékek alkalmasak az egyensúlyérzés, a koordináció gyakorlására.

Megjegyezzük, hogy vannak még ugynevezett univerzális gépek is, melyek több tag különböző gyakorlatinak a végzésére is alkalmasak. (Főleg kisforgalmú rendelők céljait szolgálják.) Van egy készülék a felső és egy az alsóvégtag mozgásaira.

A mechanikai célokat szolgáló géprészeken kívül, minden készüléknek fontos része az a berendezés, mely a beteg megfelelő elhelyezését, a működő ízület tengelyének pontos beállítását és az egész test szilárd rögzítését teszi lehetővé.

A Zander-féle gépeken kívül a legnagyobb népszerűsége és elterjedtsége a Herz-féle gépek tettek szert. Herz abból a gondolatból indult ki, hogy a Zander gépeknek az emelő fizikájára alapított mechanizmusa az izomösszehúzódás élettani követelményeinek nem felel meg, mert mindég egyszerű szinuszgörbe arányában változtatja a megterhelést, míg az ízületek egy-egy jellegzetes és gépmunkára átvihető mozdulatánál, a mozdulat különböző fázisaiban változó az izom megterhelése.

Herz elgondolása szerint, a helyesen szerkesztett tornagépen nem a szinuszgörbének megfelelően, hanem az élettani vizsgálatokkal megállapított, minden egyes ízületre és mozgásra jellemző görbében kell a megterhelésnek változni.

A Herz-féle elv nem vált be. Kitűnt, hogy a statikus megterhelések észlelésével nyert diagramm nem azonos a munka alatt lezajló izomerő változások görbéjével. A beteg viszonyok között meg úgy sem lehet az izmok élettani viszonyainak megfelelő teljesítőképességet számítani.

A tornagépek másik figyelemreméltó rendszerét Krukenberg alkotta meg. Lényeges újítás a gátolt és könnyített mozgásokat szolgáló gépeken az, hogy az emelő helyett a hengerkerék elvét érvényesíti. Krukenberg gépeinek egy másik nagy csoportja a lendített mozgások céljait szolgálja. Ezeknek a gépeknek a lényeges alkatrésze az inga.

(Folytatjuk.)

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: Prochnow Ferenc és ifj. Verebélj Tibor.

Adatok az extrapulmonalis tuberculosos conservativ kezeléséhez. Pilz. (Wien. Med. Wschr. 1939. 5.) A Sailer-féle szert, a rubrophent, csak tabletták alakjában, az összes többi szokásos kezelési eljárással párhuzamosan alkalmazza az extrapulmonalis tuberculosos kezelésére. Anyaguk aránylag kicsi, nagyjából részben tüdőelváltozással szövődött esetekből áll, azonban így is megállapítható a kezelés kiváló hatása. Legszembetűnőbb az általános állapot gyors javulása: a beteg közérzete jobb, fáradságérzés, étvágytalanság megszűnik, testsúlya növekszik, vérképe a normálhoz közeledik. A tüdőfolyamat rosszabbodását egy esetben sem észlelte, sőt inkább az volt a benyomása, hogy a rubrophen hatására ez is gyorsabban javul, különösen a mellhártyagyulladás szövődött esetekben. Sokszor egyéb megbetegedések mellett a vese részéről is kimutathatók elváltozások (fehérje-nyomok, fehérvérsejtek, hyalin-cilinder, stb. a vizeletben), amit ma nem méltatnak kellő figyelemre. A kezelés hatására a lelet teljesen megváltozik. Kétoldali elváltozás esetén sokszor az egyik oldal annyira javul, hogy a másik súlyosabban megbetegedett vese veszély nélkül eltávolítható. Műtéti beavatkozások után a sipolyképződések nagyrészt megelőzhetők. — Végül 6 eset körlefoiyását ismerteti. (V. 17.)

Mester Zoltán dr.

Gyomor-bél szájadék magától bekövetkezett teljes elzáródásáról. Winterstein. (Chirurg. 1939. 6.) Irodalmi összeállítás után saját esetét közli. Betege 51 éves férfi, akit első ízben 10 évvel ezelőtt operáltak szűkületet okozó nyombélfelekkel. Annakidején elülső gyomor-bél szájadékot késztettek nála Braun-sipollyal. Öt évig teljesen jól érezte magát, azóta szakaszosan ismétlődő fájdalmak. Két évvel ezelőtt erősebb fájdalmak, hőemelkedéssel, melyet a gyomor-bél szájadék gyulladásával hoztak kapcsolatba. Az utolsó két év alatt a szájadék teljesen elzáródott és a vékonybélkacs levált a gyomorról, amint azt műtét alkalmával tapasztalták. A lefűződött vékonybélkacsot vékony, heges köteg kapcsolta csak össze a gyomorral. A szerző véleménye szerint a lefűződésnek valószínűleg a gyomor-bél szájadékban keletkezett jejunalis fekély hegesedése volt az oka, amellyel, hogy gyomor-bél szájadékot az első műtétkor nem készítették elég tágra. (V. 28.)

Marik dr.

A hasnyálmirigy-tömlők kezelésének kérdéséről és az utóeredményeiről. Neuffer. (Chirurg. 1939. 6.) Hasnyálmirigy-tömlők kezelésére három lehetőség van: 1. a tömlőnek hasfalhoz történő kivárrása és megnyitása, 2. a tömlő belekapcsolása a hasüreg valamelyik üreges szervébe, 3. a tömlő gyökeres kiirtása. Az első eljárás veszélytelen beavatkozás, de kellemetlen kísérője a rendkívül hosszú gyógytartam és az esetleges másodlagos fertőzés. A harmadik eljárás, a gyökeres kiirtás nagy műtéti halálozással jár, ezért nem ajánlatos. Ellenben nagyon jó eredményt ad

a hasnyálmirigy-tömlőnek valamely üreges szervvel készített anastomosisa. A szerző általában azt a bélrészletet vagy a gyomrot használja fel az anastomosisra, amelyik a tömlővel összenőtt, tehát az anastomosis készítése a bél ürege felől történik. Olyan esetekben, ahol a tömlő körül összenövés nem mutatható ki, a legalkalmasabbnak látszik az összeköttetés elkészítésére az epehólyag. Ilyenkor a tömlő tartalma az epehólyagba beömölve, ott egyrészt felszívódik, másrészt az epeutakon keresztül a bélbe ömlik. Az epe a tömlőbe soha sem regurgitál, viszont a tömlő kiürülése a tömlő ürterének eltűnését hozza létre. (V. 29.)

ifj. Verebélj Tibor dr.

Alapvető kérdések a tetanus kezeléséhez. Hübner. (Dtsch. Med. Wschr. 1939/6. I.) A tetanus-serum prophylaxis kérdése az újabb időkben nagy változáson ment át: a serumprophylaxist felváltotta a mechanikus prophylaxis elve. Ennek oka 1. minden seb, akár felületi, akár mély, tetanus-fertőzés forrása lehet. 2. Az előzetes serumadagolás a tetanus-esetek számát nem csökkentette. 3. Vidéki munkásoknál, sportolóknál, gyermekeknél ritka a tetanus, pedig ezek kapnak legritkább esetben savót. 4. A savó alkalmazása átmeneti, vagy tartós ártalmat okoz a szervezetben, sőt életveszélyt okozhat (polyneuritis, myelitis, nephrosis, haematuria, anaphylaxiás sokk). 5. A serum kellő időben történő alkalmazása még ismételt adagolás után is bizonytalan védelmet nyújt, sőt halálos lefolyású esetek is előfordulnak. A bevált sebészeti elvek szerint való minél korábbi sebellenlátás a legbiztosabb védelem tetanus ellen (roncsolt, szennyes részek eltávolítása, sebkimetszés, esetleg nyitva-kezelés). Franciák, angolok, amerikaiak serumprophylaxis helyett az aktiv immunizálást gyakorolják. Ramon szerint. II. Kitért tetanus esetén a kezelés eddigi alapelvei érvényesek: igen nagy dózis serum intravenásan és intralumbalis. Morphin, chloralhydrat mellett újabban avertin + curarin, evipan + chloreton a nyugalom biztosítása. A T. 10 a görcskészség csökkentése céljából. Fontos a korai felismerés! 10 napon inneni lappangás esetén 76%, 10 napon túli incubationál 23.5% a halálos kimenetel. Sebellenlátás, esetleg hegkimetszés itt sem mulasztható el. (V. 30.)

Galambos József dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Batizfalvy János és Horváth Kornél.

Gonococcus tenyésztés klinikai jelentősége a női kankó kórimzésében. Karlheinz és Rüther. (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 3.) A női kankó, általában a kankó gyógyulásának biztos kórimzésére, ami azelőtt sem volt könnyű feladat, a kémiai gyógyszerek alkalmazása óta még nehezebbé vált. Az uliron és a hozzá hasonló készítmények ugyanis igen gyakran vezetnek a folyamat látszólagos gyógyulásához, amikor is a kikent váladékból a gonococcusok és a fehérvérsejtek teljesen eltűnnek, de bizonyos lappangási idő után a folyamat teljes fertőzőképességgel ismét kiújul.

A gyógyulás megállapíthatóságának biztosabbá tételére a szerző valamennyi kankós betegen a kikent váladék vizsgálatát gonococcuskitenyéssel egészítette ki és az így nyert eredményeket összehasonlította. A még nem kezelt kankó kórimzésében a két vizsgálati móddal elért vizsgálati eredmény közötti különbség nem nagy. A kikent váladékból 82%, a kitenyészéssel 90%-ban sikerült a gonococcus kimutatása. Az ulironnal kezelt esetekben a kezelés folyamán, majd arthigonnal történt provokálás után, végül a gyógyulást követő havivérzés után 2 nappal vett mindkét célra váladékot, amelynek alapján kitenyészéssel 96.5%-os, váladékból pedig csupán 74%-os biztonsággal sikerült a kankó gyógyulásának megállapítása. Ennek alapján a fertőzőképesség megállapításához a gonococcus tenyésztés vizsgálatát szerző nagy jelentőségűnek tartja. (H. 9.)

Horváth Kornél dr.

Hypophysis hátsólebeny kivonat prophylaktikus adagolása a lepényi szakban. Emmrich. (Münch. Med. Wschr. 1939. 9.) E tárgykörrel szóló számos egymásnak ellentmondó irodalmi adat közlése után szerző a Hamburg-Eppendorf-i női klinika anyagából beszámol 6000 olyan szülésről, mely esetekben a szülés után nyomban hypophysis hátsólebeny kivonatot adagoltak intravenásan, összehasonlítva 6000 olyan szüléssel, ahol e gyógyszer alkalmazása nem történt meg. Az eredmények összefoglalása után a következőket állapítja meg: közvetlenül szülés után rendszeresen adagolt hypophysis-hátsólebenykivonat alkalmazásának különösebb

előnye nincsen. Atonia, Credé-expressio, lepény-leválasztás csaknem ugyanolyan számban fordult elő, mint azokban, akik a gyógyszert nem kapták. Kétségtelen jó eredmények érhetők el azonban azokon a szülőknél, ahol hydramnion, vagy ikerterhesség a méhet túlfeszítette, méginkább műtétes szülések után, különösen akkor, ha a műtétet fájásgyengeség okozta meg.

A hypophysis hátsólebeny terápiás alkalmazását mindig a veszély súlyossága alapján kell mérlegelni. Nem szabad megelégedezni ugyanis arról, hogy az intravenásan adott gyógyszer hatása elég gyorsan múlik és utána igen gyakran a méh fokozott ellenállása következik be. (H. 8.)

Váczy László dr.

A serdülőkori vérzéseiről. E. Kehler, Marburg. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 118 k. 2. f.) Serdülőkori vérzések (juvenilis, vaginalis vérzés, vagy metropathia haemorrhagica juvenilis) alatt azokat a méhből eredő és hosszantartó vérzéseket értjük, melyet 10–16 éves leányokon és legfeljebb 20–24 éves nőknél hyper- és polyhypermenorrhoea, vagy metrorrhagia képeiben jelentkeznek. A kórkép jelentősége abban áll, hogy előbb-utóbb kifejlődnek a másodlagos vérszegénység tünetei. Kóroktani szempontból a következő csoportjait lehet megkülönböztetni: 1. Tüsző persistálás és a méhbelhártya tömös-mirigyes túltengése által feltételezett fiatalkori vérzés. Ennek gyógykezelésében sárgatest-hormon-, luteinizáló-hormon-készítmények (Prolan B.) adagolása, terhes vér átömlesztés, a persistáló tüsző, vagy folliculus cysta szurcsapolása, illetve bimanualis vizsgálata közben történő megrepesztése (pontos kórisme szükséges!) jöhetnek szóba; 2. Thrombopenia, thromsthenia, panmyelophthisis, leukaemia által kiváltott serdülőkori vérzés. A gyógykezelésben ilyenkor alkalmazott terhes vér átömlesztés eredménye a trombocyták bevitelének és annak a körülménynek tulajdonítható, hogy a vérátömlesztés hatalmas ingerként hat a csontvelő trombocytaképzésére. Ugyanilyen céllal alkalmazható a proteintherápia is. A hosszúcsőves, valamint a lapos csontok besugárzása által is fokozható a csontvelő véralaklépítő tevékenysége. Súlyos esetekben a lépszövet elpusztítása röntgenbesugárzás útján valamint a lép tápláló ereinek lekötése legutolsó sorban a lépkiirtás is szóba jöhet. Leukaemiában a megfelelő belgyógyászati kezelés alkalmazandó; 3. C-avitaminosis által feltételezett serdülőkori vérzések. C-vitaminban gazdag étrend előírásával a gyógyszeres C-vitamin adagolással sok esetben jó eredményt érhetünk el; 4. Psychikus és psychosexualis okok folytán létrejövő serdülőkori vérzések szerző szerint gyakoriságuk és így fontosságuk szempontjából első helyen állanak. A gyógykezelésükben igen fontos az egészséges sexualis életre vonatkozó felvilágosítás és tanácsadás, a masturbatio ártalmas következményeire nyomatékos figyelmeztetés, stb.; továbbá hygienikus életmód előírása, sport, különösen úszás. A méh növekedését előmozdító hormon-készítmények adagolása is előnyös lehet. (H. 5.)

Rohonyi István dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Gyermekek visusának megállapítására szolgáló újabb próbátábla. Sjögren. (Acta Ophth. 1939. 1.) Lényege egy fehér alapon feketével nyomtatott, szétterpesztett ujjú kezét ábrázoló táblasorozat, melynek nagysága Snellen elmélete alapján van megszerkesztve. A sorozat 7 különálló táblából áll, melyeken a kéz rajzolata fokozatosan kisebbedik 5/50-től egészen 5/5-ig. A vizsgálat 5 méterről történik, úgy, hogy a vizsgáló egymásután felmutatja a táblákat más-más irányba mutató ujjakkal; a vizsgált gyermeknek pedig saját kezével utánozni kell a látott táblán lévő ujjak irányát. A vizsgálat nagyon egyszerű s a szerző szerint e táblák segítségével a látásélesség meghatározása még 2 éves gyermekeken is könnyen sikerül. Beszerző: Stille cégnél, Stockholm. (G. 44.)

Györfly István dr.

A Lindner-féle hátsó trepanatio műteti eredményei. Fantl. (Acta Ophth. 1939. 1.) 4 év alatt 47 glaukomás szemén végezte a Lindner-féle műtétet, főleg heveny gyulladással glaukómák igen magas tensiójának csökkentésére, továbbá idült és másodlagos glaukómák ellen. A szerző szerint a beavatkozás sikere elsősorban az üvegtest állapotától függ. Ha ez ép, jó eredmény várható, ha azonban elfolyósodott, alig lehet sikerre számítani. Operált eseteinek 11%-a véglegesen gyógyult. 21%-ban a gyógyulás csak rö-

videbb-hosszabb ideig tartó csökkenése, vagy a fájdalom elmaradása volt észlelhető. — Eredményei alapján ajánlja Lindner műtétét bevezető műtétnek heveny gyulladással glaukoma ellen, annál is inkább, mivel sok esetben ez a beavatkozás maga is végleges gyógyulást idéz elő. Alkalmaznak tartja továbbá olyan esetekben, amikor az elülső csarnok helyre nem állása, sekélyisége, vagy bevérvése miatt a csarnok felől sikeres beavatkozás nehézséggel jár. (G. 45.)

Györfly István dr.

Ulcus rodens Mooren. Nielsen—Oesterberg. (Acta Ophth. 1939. 1.) A szaruhártyának ez a Mooren által még 1867-ben leírt megbetegedése meglehetősen ritka. Az irodalomban eddig mintegy 70 eset ismeretes. A szerző 2 nőbetegén észlelt ulcus rodens esetet ismertet. A kórképre jellemző a limbus tájáról kiinduló fekély, amely a szaruhártya ép részlete felé éles határu, szürkészinű, alávájtak látszó szegéllyel van határolva. A fekély lassanként a cornea egész felszínére ráterjed. A legtöbb esetben minden kezeléssel dacol s igen fájdalmas. A szerző egyik betegénél éppen a fájdalom miatt el kellett távolítani a szemet. Szöveti vizsgálat: a cornea részéről a beteg területen a stroma megvékonyodása s ereződése a legfeltűnőbb. Ezzel szemben a fekély mellett lévő sclera, sőt a sugarastest egy része is erősen beszűrődik, ugyanitt elzáródott erek, lymphocyták láthatók. A részletes szövettani leírást 2 mikrofotóval egészíti ki. — A betegség kóroktanát egyesek neurotrophikus, mások vascularis eredetűnek tartják. Szerző a szövettani elváltozások alapján ez utóbbit tartja valószínűnek, de szerinte a megbetegedés helye nem a szaru, hanem a cornea-scleralis tájék; a szaruhártyán létrejövő táplálkozási zavarok pedig csak másodlagosak. (G. 46.)

Györfly István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Az acut myeloblastleukaemia pathogenesiséhez. Lasch. (Klin. Wschr. 1938. 33.) Voit és Landes közleményéhez szól hozzá. Utal 15 év előtt közölt két esetére, melyek sepsis képmében zajlottak le s a boncolás acut leukaemia képét mutatta. Ezzel szemben akadnak esetek, mikor a myeloblastos képmé mellett a boncolás negatív leletet ad. Az acut myeloblast-leukaemiát szintén sepsisnek fogja fel, mely extensív csontvelőizgalomhoz vezet. Azonban számolni kell esetenként a myeloblast-beáramlással, mely diagnosztikailag igen megnehezíti a valódi leukaemia megállapítását. (K. 37.)

Flesch István dr.

Hydrops congenita nélküli erythroblastosis foetalis maxima. De Lange. (Jahrb. f. Khk. 150. 6.) Congenitalis splenomegalia esetet közöl igen erős erythroblastosisal, anélkül, hogy hydrops lett volna jelen. Esete egészséges szülők 10-ik gyermeke, aki művi koraszüléssel jött a világra. Szülés előtt egy órával még hallható szívhangok voltak. Az első négy szülésből származó gyermekek életben maradtak s egészségesek. Az 5., 6., 8. és 9. szülés koraszülés volt. A 7. koraszülött a 2. napon súlyos icterusban exitált. Wa. R. szülőknél és gyermekeknél ismételt negatív s a kórszövettenilag feldolgozott esetében is spirochaetanegetív volt. Az eset érdekessége egyrészt az a nagyfokú erythroblastosis, mely eddig hydrops nélkül még nem került észlelésre, másrészt az anamnesis, mely szerint az első négy zavartalan terhesség után, az ötödiktől kezdve valamennyi graviditását toxicosis kísérte, mely tünetcsoport a magzat intrauterin elhalásakor prompt megszűnt. Közel áll tehát a gyanú, hogy az intoxicatio a magzattól indult ki, minek következtében először saját maga, majd pedig az anya szenvedett. — Esete egy aetiologailag még ismeretlen betegség újabb megnyilvánulási formáját mutatja, úgy hogy az eddig ismeretes trias eseteinek ellentétes megnyilvánulási formájával együtt (hydrops congenita sine erythroblastose) öt megjelenési formává bővült, úgymint hydrops pet. congenit. universalis, icterus gravis familiaris, essentialis anaemia congenit. s a fenti két egymásnak ellentétes esete. (K. 45.)

Flesch István dr.

Agyvelőgyulladás kórszemes csecsemő- és kisgyermekkorban. C. de Lange. (Mschr. Kinderh. 1938. 75.) Néhány eset ismertetése kapcsán a csecsemő- és kisgyermekkorban fellépő agyvelőgyulladások diagnostikai nehézségeit tárgyalja. Megállapítja, hogy úgy az epidemiás, mint a sporadikus alakok ebben az életszakaszban is előfordulhatnak.

Ezekben a valódi gyulladással agyvelőfolyamatokban nemcsak a perivascularis velőállomány eltűnése, hanem ezek körüli infiltrációk, polynuclearis sejtbevándorlással egyetemben fordulnak elő. Megnehezítette ezeknek kimutatását az a körülmény, hogy a sejtbeszűrődés csak a korai szakban észlelhető. Ezenél a valódi agyvelőgyulladásoknál sokkal gyakoribb a szerző által „enkephalopathia”-nak nevezett állapot, melyet toxikus infectiosus hatásokra vezet vissza. Fiatal csecsemőkön rohamokban jelentkező állapotról van szó, összegörnyednek, néha ugyanekkor karjukkal hadonászó mozgásokat végeznek, bár utóbbi tünet sokkal ritkább. Egy részükön maradó intelligenciacsökkenés és psychikus rendellenességek maradnak vissza. Néha nehéz eldönteni, hogy hasonló ártalmak születési traumára, észrevétlen lezajlott agyvelőgyulladásra, vagy enkephalopathiára vezethetők-e vissza. (K. 41.)

Surányi Gyula dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

A presbyacusis hormonkezelése. Koch. (Mschr. f. Ohrenheilk. 72. 8.) A hallószerv öregkori degeneratív elváltozásai a belső fülben a membrana basillarisson, a ganglion cochlearison, néha magán a nervus cochlearison a legkifejezettebb. Mivel az érzékszervek tökéletes működéséhez helyes hormoncorrelatio szükséges, az öregkorban pedig a belső secretiós mirigyek functiója és ezzel a hormonszolgáltatás is csökken, kézenfekvő volt a presbyacusis hormontherapiáját megkísérlni. Döntő impulst adott a kísérletek megkezdésére azon tapasztalati tény, hogy a climacteriumban gyakran fordul elő nagyothallás és fülzúgás. A kezelést 2 naponként inj.-ban adagolt proviron, progynon B. ol., menformon, unden, stb. hormonkészítményekből áll. Fontos, hogy az adagolás individualis és erőteljes legyen. Szerző hangsúlyozza, hogy — noha a kísérletek még csak kezdeti stadiumban vannak — az eddigi eredményeket is örömmel kell fogadni, mert igazolják, hogy a hormonkezelés az öregkori nagyothallásban jó szolgálatot tesz: nemcsak az igen kellemetlen fülzúgást szünteti meg, hanem mérhetően javítja a hallást. (A. 35.)

Ajkay Zoltán dr.

Rövidhullámkezelés a fül-, orr-, gégegyógyászatban. Baer. (Mschr. f. Ohrenheilk. 72. 12.) Szerző a fül-, orr-, gégegyógyászat terén a rövidhullámmal történő besugárzásokat előnyben részesíti a diathermiával szemben. A diathermia hátránya: a technikai kivétel nehézsége, az a körülmény, hogy nem ritkán ártalmas és megégeti a szöveteket; csak a test felületére hat, mélyhatása nincs és végül hogy heveny, gyulladással betegség esetében a folyamat fellobbanására és elterjedésére vezethet. A rövidhullámú besugárzásnak ilyen árnyoldalai nincsenek és főleg heveny gyulladások eseteiben látunk jó eredményeket tőle: hallójárat- és orrfurunculusok, heveny náthák és középfülgyulladások jól reagálnak a kezelésre. Ormellékgyulladásban szenvedők a besugárzás után megkönnyebbülnek, fejfájásuk csökken, a váladék megkevesbedik. Szerző ajánlja a rövidhullámú kezelés minél gyakoribb alkalmazását és kipróbálását. (A. 34.)

Ajkay Zoltán dr.

Középfülgyulladás és táplálkozás. Baer. (Mschr. f. Ohrenheilk. 73. 4.) Szerző a középfülgyulladás gyógyítása és a füleredetű fájdalmak csökkentésében ismerteti a vitaminok szerepét. A C-vitamin mind heveny, mind idült otitis esetében kielégítő eredménnyel alkalmazta. A fül-folyás megszűnését, vagy nagyfokú csökkenését és az általános erőbeli állapot gyors javulását észlelte. Fül-fájdalmak eseteiben — különösen negatív otoszkopiai lelet mellett — a B-vitamint alkalmazta sikerrel. Szerző a vitamintherapia mellett calciumban gazdag táplálékok nyújtására hívja fel a figyelmet. (A. 32.)

Gergely Zoltán dr.

Különös megjelenési formájú otitisek. Jannulis. (Mschr. f. Ohrenheilk. 73. 4.) Szerző két szokatlan megjelenési formájú otitisről számol be. Az egyik az ú. n. otitis serosa externa, mikor a betegek kínzó fülzúgásról és fül-fájdalmakról panaszkodnak. Az otoszkopiai lelet rendszerint tág hallójáratot mutat, melynek falai érintésre igen fájdalmasak, de gyulladással elváltozások nincsenek. Dobhártya legtöbbször ép, hallás normalis. Egy pár nap múlva a hallójáratfal serosus váladékot secernál és egyidejűleg a beteg fül-fájdalmak csökkennek. Később a fülzúgás is megszűnik és a be-

teg meggyógyul. A másik különös otitis az ú. n. *neurotrop acut otitis media*. Erre jellemző az, hogy a heveny középfülgyulladás lezajlása után a nagyothallás, — egyes esetekben a megsüketülés — még soká, esetleg véglegesen fennmarad. Szerző szerint ennek az magyarázata, hogy a középfülgyulladást okozó baktériumok toxinjai a csökkent állóképesség, nervus cochlearisban irreparabilis elváltozásokat hoz létre. (A. 33.)

Polyánszky Tibor dr.

Többször operált és besugárzott gégepapilloma phonetikai utókezelése. Arnold. (Mschr. f. Ohrenk. 73. 4.) Szerző egy esetről számol be, ahol a papillomák sebési eltávolítása után a beteg több alkalommal röntgenbesugárzásban majd phonetikai utókezelésben részesült. Ezzel kapcsolatban hangsúlyozza a műtėti eltávolítás és a röntgenbesugárzás mellett — jobb eredmények elérése céljából — a phonetikai utókezelés szükségességét. (A. 31.)

Polyánszky Tibor dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

A syphilis kórmeghatározása a liquor alvadási reakciójával. E. Carlingfanti. (Klin. Wschr. 1939. 5.) Ismerteti az eljárás elméletét és annak gyakorlati kivitelét, amire vonatkozólag az eredeti közleményre utalunk. A reactio előnyére írja, hogy kevés liquorra és olcsó reagensekre van szükség. Az antitesteket mennyiségileg is kimutatja. Az eljárás tulajdonképpen a Hirschfeld és Klingler által megadott reactio módosítása. 418 vizsgálat alapján érzékeny módszernek tartja, amely a Wa. és a kicsapódási reakciók mellett jó szolgálatot tehet. (Sz. 30.)

Jobst Pál dr.

Az uliron felszívódása és kiválasztása. Hans Franke és Andreas Birch-Hirschfeld. (Klin. Wschr. 1939. 6.) A szabad és kötött uliron szintjét vizsgálják a vérsavóban és a vizeletben. A betegek hat napon keresztül napi 3 gr. uliront kaptak. A szabad uliron szintje a vérsavóban a 2—4. napon, a kötött pedig a 4—6. napon a legmagasabb. Az uliron adásának befejezése után a vizeletben szabad uliron még 7—8, kötött pedig 10—11 napig mutatható ki. (Sz. 31.)

Jobst Pál dr.

A Besnier—Boeck—Schaumann-betegség izomelváltozásai. L. M. Pautrier. (Ann. Derm. et Syph. 1939. 2.) E betegségben szenvedő egyének izmaiban már több szerző talált „csomókat”. Pautrier egy bicepből kivágott „daganatot?” és az azt kísérő epitrochlearis-mirigy szövettani vizsgálatát végezte el. Az epitheloid-sejtek csomókat alkotnak, melyek lymphocytákkal, óriássejtekkel vannak keverve; a vaskos és elmeszesedett collagen-nyalábok között számos fibrocyta található. (Sz. 32.)

Nagy József dr.

Adatok az arsenobenzol-dermatitis kezeléséhez. A vegetativ idegrendszer és a C-vitamin szerepe. I. Dainow. (Ann. Derm. et Syph. 1939. 2.) A salvarsan dermatitises (s. d.) betegeken vasomotoros idegzavart lehet kimutatni: a sympathicus bénulását, vagy a parasympathicus izmalmát. S. d. esetében, ha adrenalint adagolt — mivel a sympathicus idegvégződés bénultak, — a gyógyszer parasympathicotoniás hatása folytán az állapot romlott. Mivel a s. d. oka a parasympathicus-ideg izgalma, tehát atropinnal kezelhető. A szerző naponta per os és bőr alá fecskendezve $\frac{1}{2}$ —1 mgr. atropint adagolt. A betegek egy része még C-vitaminhiányban is szenved. Ungar vizsgálatai szerint a C-vitamin i. v. adagolása esetén a vagus ingerelhetősége csökken: hatása tehát az atropinével azonos. S. d.-es betegeknek naponta 0.15–0.25 gr. C-vitamint adott (Redoxon „Roche”). Úgy az atropinnal, valamint a C-vitaminnal kezelt betegek hamarabb váltak tünetmentessé az eddig használt kezelési módszerekkel szemben. (Sz. 33.)

Nagy József dr.

A macskák syphilis-szerű betegsége és az ember eosinophilsejtes granulomája. L. Bory. (Ann. Derm. et Syph. 1939. 2.) A macskák ajkain és a test nyílásai körül megjelenő fekélyszerű syphiloid elváltozások, továbbá ennek a nyálkahártyáján és a bőrön megjelenő foltos, foltos-göbcsés és göbcsés viszkető elváltozásai nem egyszerű granulomák, hanem mirigyduzzanattal járó eosinophilsejtes granuloma-

tosis. Vérszegénységgel, eosinophiliával (14—25 $\frac{1}{2}$!) jár és hasonló a Paltauf—Sternberg-kórhoz. Így az atypikus lymphogranulomatosishoz hasonló. A szerző azt tartja, hogy az embernél a testnyílások körül megjelenő, spontán gyógyulási hajlamot nem mutató göbcsés és kifeléyesedett szétesésre hajló elváltozások a fent leírtakkal nemcsak hasonlóságot mutatnak, hanem azzal azonosak is. Ami a kóroktant illeti, a szerző sem baktériumot, sem vírust, sem spirochaetát kimutatni nem tudott. (Sz. 34.)

Nagy József dr.

ELMÉLETI TUDOMÁNYOK

Rovatvezető: Simon Sándor.

A Ca-gluconat hatásáról digitalisált állatokon. La Barre és J. Van Heerswynghe. (C. R. Soc. Biol. 1938. 130. 71.) A klinikumban észlelt halálesetekből indulva, kísérletileg vizsgálták meg, hogy Ca-gluconat digitalisált állaton milyen hatást vált ki. Altatott macska nyitott mellkasán át közvetlenül regisztrálva a pitvar- és kamracontractiókat, azt találták, hogy a normális állaton hatástalan adag Ca-gluconat digitalisált macskán legtöbbször halált okozott. Egy másik kísérletsorozatban e két szer hatását ekg.-val vizsgálták. E módszerrel nemcsak a görbék alakjából tudtak a két hatás összeadódására következtetni, hanem megállapítható volt, hogy pl. a digitalis halálos adagjának kétharmada 7 órával beadása után a Ca-gluconat halálos adagja 40%-kal kisebb válik. Ezen eredmények értékelése a klinikumban különösen akkor fontos, ha ekg.-val már digitalis intoxicatio tünetei mutathatók ki. (S. 12.)

Komlós Endre dr.

A liquor oxytocikus hatásának növekedéséről fény hatására. G. Ungar. (Compt. Rend. Soc. Biol. 1939. 130. 332.) A hypophysis gonadotrop hormonjának termelése fény hatására növekszik. A szerzőnek ezt most az oxytocinra vonatkozólag sikerült kimutatni. Anaesthetizált macskák szemét elektromos fényforrással 5 percen keresztül megvilágítva, vagy enucleált bulbus esetén a nervus opticus elektromosan izgatva $\frac{1}{4}$ órán belül a suboccipitalisan nyert liquorban az oxytocikus hormon mennyiségének jelentős emelkedését tudja kimutatni. Ez az emelkedés még nagyobb, ha a pupillát előzőleg atropinnal tágította. Ezek az eredmények esetleg egy optico-hypophisae reflex felvételével magyarázhatók, éppúgy, mint Vigne azon észlelete, mely szerint fény hatására a vérnyomás emelkedik. (S. 13.)

Komlós Endre dr.

Splenogen csontvelőbénulás. Bock és Frenzel. (Klin. Wschr. 1938. 315.) Nyúlakon végzett kísérleteikben a lép venájának az alakítóse által a lép vért egyenesen a nagyvérkörbe vezették. Az eredmény a csontvelő bénulása volt, nagymértékben alásüllyedt vörösvérsejt-, fehérvérsejt- és trombocytaszámmal. A csontvelőnek ezt a bénulását a lép vérenek tulajdonították, mely a máj szűrőhatását elkerülve jutott a csontvelőhöz és kifejthette pusztító hatását a vér alakelemeire. A hatás kb. 10—13 hét múlva megszűnt, a vér sejtjeinek száma ismét rendes volt. A lépben pangás volt és nagymennyiségű vesepesték anyagot tartalmazott. (B. 36.)

Thaisz Kálmán dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Gyógyító kés. George Sava. (Singer és Wolfner kiadása. Budapest.) Azok a szépirodalmi munkák, melyeknek tárgya egyrészt orvosi vonatkozású, másrészt szerzőjük maguk is orvosok, George Sava munkájával egy értékes példánnyal gyarapodott. A „Gyógyító kés” az orvosi önéletrajzok egyik sikerült alkotása. Szerzője eredetileg nem készült az orvosi pályára; erre hivatottsága akkor érlelődött meg benne, amikor mint az orosz fehérhadseregbeli hadnagy, egyik barátja bordái körül zsebkéssel kioperálta az ottrekedt puska-golyót. A cári birodalom összeomlása után kezdődött viszontagságos élete; kimondhatatlan nélkülözések közepette a legkülönbözőbb állások vállalásával, törhetetlen akarat-erővel küzdött célja érdekében, amit — leküzdve minden akadályt — el is ért és ma az angol orvosi társadalom egyik legnevesebb tagja. Ez a mindvégig lebilincselő munka követendő példaképen mutatja meg, hogy mire képes a hivatottságba vetett szent hit.

F. E. dr.

Methodik der Hormonforschung II. k. Christian Boms-kov. (G. Thieme kiadása, Leipzig, 1939. 1016 oldal. Ára: 91 RM.) Rövid másfél évvel az első kötet megjelenése után hatalmas munkateljesítmény a II. kötet megjelenése, amely az ovarium, a here és a hypophysis elülsőlebens hormon-jait tárgyalja bőséges irodalmi adatfelsorolással. A hypophysis hátsólebens, a hormonszerű anyagok, stb. ismertetése a megírandó harmadik kötetben fog megjelenni. Ennek a kötetnek a beosztása ép olyan, mint az első kötet részletes részéé. Először a tárgyalandó miriggyel kapcsolatos beszézi beavatkozásokat, majd a szövettani módszereket írja le. Ezt követi az illető hormon biológiai kimutatásának ismertetése, majd a vegyi előállítás és egyéb származékok tárgyalása következik. Az egyes methodusokat kritikus szemmel vizsgálja meg, sőt véleményét mond arról is, hogy egyes hormonoknak feltüntetett anyagok tényleg azok-e. Az előállítási szabadalmakat is felsorolja. Mindezek következtében ez a kötet is igen hasznos minden hormonkutató és vegyész számára.

Simon S. dr.

Chemie und Physiologie des Eiweisses. R. Otto, K. Felix, F. Laibach. (190 lap. Dresden—Leipzig: Theodor Steinkopf, 1938. Ára: 6.75 RM.) E munka az immáron harmadikban Frankfurtban az „orvosi-természettudományi együttműködés” jegyében tartott conferentia gazdag anyagát foglalja össze. A fehérje-chemia jelenlegi állása s a fehérje szerepe az állati, valamint a növényi szervezet legkülönbözőbb élettani folyamataiban a leghivatottabb s nagyjából e munkaterületeken évtizedek óta eredményesen kutató szerzők által nyer megvilágítást. Bevezetőül K. Felix a fehérje bonyolult szerkezeti viszonyaira vonatkozóan nyújt világos, rövid s mégis kimerítő ismertetést. Majd Dirscherl az általa proteohormonoknak elnevezett hatóanyagok (insulin, epitheltestek és a hypophysis hormonjai) szerkezetét tárgyalja. A proteohormon fehérje- vagy peptidmolekula; a hatás az egész molekula épségéhez, de bizonyos atomcsoportokhoz van kötve. Ezen „hatásos fehérjékkel” hozhatók még kapcsolatba a fermentumok is és általában mindazok a fehérjék, melyek — valószínűleg ciklikus aminosavtartalmuk révén — antigenként szerepelnek. Gremels a fehérjéknek gyógyszerek hatására gyakorolt módosító befolyását, Bennhold pedig a vérfehérjékhez kötődő különböző chemiai anyagok szállítása szempontjából a vérfehérjék jelentőségét ismerteti. Wagner-Jauregg a fehérje szerepét a fermentumok felépítésében és hatáskifejtésében világítja meg. Majd 5 előadás következik, melyek a fehérjéknek az immunitási reakciók létrejöttében való szerepét ismertetik. Az Abderhalden-reakció felhasználhatóságának különböző lehetőségeiről (terhesség, rákdiagnózis, öröklés, stb.) E. Abderhalden számol be. Weichardt a nem-specifikus fehérjetherapia hatásmechanizmusáról, Prigge a fehérje antigen- és Otto a fehérje allergen-, ill. anaphylactogen szerepéről értekezik; Laubenheimer pedig az antitestek és a vérfehérjefrakciók egymáshoz való viszonyát tárgyalja. Megállapítható, hogy az antitestek az immunizálás alkalmával tetemesen megszorozódó globulinfrakcióval vannak szoros kapcsolatban; nem dönthető azonban el, hogy maguk is fehérjetermészetű testek-e, vagy csupán globulinhoz kötve fejtik ki hatásukat. Végezetül 7 előadás a fehérjék sorsával foglalkozik az állati és növényi szervezetben. A fehérje intermediaer anyagcseréjének számos kérdéséről kapunk világos, precíz tájékoztatást. Wetzel ismerteti az NH₃-méregtelenítés problémáját a növényi szervezetben. Megtudjuk, hogy a növények carbamid, savamidok és ammoniumsók alakjában képesek az NH₃-t megkötni. Majd Schöpf az aminosavak szerepéről az alkaloidok synthesisében a növényekben, Laibach a fehérjehasadástermékek hatásáról a növényi szervezetre és Fink fehérjében gazdag élesztőgomba tenyésztéséről számol be. Heupke a fehérje jelentőségét vizsgálja az ember táplálkozásában élettani és népelelméleti szempontból; megállapítja, hogy 70—90 gr-os napi mennyiség a szervezet fehérjeszükségletét bőven fedezi. Zorn az aminosavak sorsával foglalkozik az állati szervezetben. Uglátszik, hogy újabb kísérleti adatok alapján Knoop és mások által megalapozott desaminatio-theoria bizonyos revisióra szorul. Legalábbis nem az oxydatív desaminatio vezeti be az aminosavak bontását; ez sokkal később következik be, a természetes aminosavak lebontásakor.

A könyvnek nagy előnye, hogy tömören és világosan közli mondanivalóit s így a nem-szakember is élvezettel olvashatja. A kérdés iránt érdeklődőknek a legmelegebben ajánlható.

Mosonyi János dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 26-i évváró közgyűlése.

Illyés G. elnöki megnyitó: Tisztelt Orvosegyesület! Most, midőn elérkezett évváró közgyűlésünk ideje, midőn be kell számolnunk arról, hogyan dolgoztunk az orvosegyesületi év folyamán, örömmel állapíthatom meg azt a fellendülést, ami a heti tudományos üléseinknek megnyilvánult. Előadónk nagy számban jelentettek be értékes, legtöbbször önálló kutatásokon és észleléseken alapuló előadásokat olyan mértékben, hogy üléseink aránylag rövid tartama mellett nem is voltak képesek valamennyi bejelentett előadást tárgyalásra kitűzni, változatos, élénk, actualis bemutatásokkal annyira el voltunk látva, amennyi időt erre csak juttatni tudtunk, amit annak köszönhetünk, hogy állandó összeköttetést létesítettünk az egyes klinikák és nagyobb kórházi osztályok között, akikhez mindig eredménnyel fordulhattunk, ha arra szükség volt.

Sorozatos előadásaink: „A tudományos kutatások újabb eredményei a gyakorló orvos szempontjából” hála és köszönet az egyes szakmákból felkért kitűnő előadóknak, telt ház mellett folytak le s reményünk van arra, hogy e sorozatos előadások a jövő ülésszakban is hasonló eredménnyel fognak folytatódni. Még a múlt vezetőség jóvoltából sikerült egyes kiváló külföldi előadókat is megnyernünk s így a legactualisabb kérdésekről közvetlen tudomást nyerhettünk, másrészt e külföldi előadók révén tudományos kapcsolatainkat is ébren tarthattuk.

Ilyen módon sikerült az érdeklődést az Orvosegyesület ülései iránt felébreszteni s a rendkívül sok kisebb szak-egyesület és különböző címeken tartott előadássorozatok ellenére, melyek sok érdeklődést és időt vontak el, úgy látszik, hogy ez a régi egyesület mégis csak elfoglalta azt a vezető szerepet tudományos életünkben, amely azt tradíciójánál fogva megilleti, különösen akkor, ha a fentnevezett egyesületek tudományos előadásainak legjavát ide a plénum elé is elhozzák — amint az több esetben meg is történt — s ezáltal egyesületünk célját előmozdítják. Remélem, hogy ez a jövőben még fokozottabb mértékben fog megtörténni.

A szellemi téren elértekkel meg lehetünk elégedve, sajnos nem így vagyunk azonban az anyagiak terén.

Egyesületi házunk a minden vagyon tárgy után fizetendő beruházási hozzájárulás kapcsán aránylag magasan, 204.906 pengőre becsültetett fel; ez összegnek megfelelően 18.442 P öt év alatt fizetendő vagyonváltással terheltek meg az Egyesületet. Mindent megtettünk többszöri személyes utánjárással is, megmagyarázván az Egyesület nemese célját, hogy e terhet az Egyesületről elhárítsuk, annyit tudunk elérni, hogy a fizetendő hozzájárulási összeg 18.442 pengőről 12.597 pengőre szállítotott le. Az első részlet már a múlt év végén volt esedékes, melyet személyes közbenjárásunkra a kultuszminiszter úr volt szíves kifizetni, amiért e helyről is hálás köszönetet mondunk. A többi részlet fizetése azonban minket terhel. Ezenfelül a tagdíjak is rosszul folynak be, többen egyáltalán nem fizetnek és sajnos nem is lehet rajtuk behajtani a pénzt. Kintlévőségünk a 20.000 pengőt meghaladja. Sokan szeretnének különböző jogcímenek féltagdíjat fizetni.

El lehet ezután képzelni, hogy milyen gondot okoz nekünk, hogy sokféle kötelezettségeinknek megfelelni tudjunk és indokolt az a felszólításunk, illetve kérésünk, hogy ne hagyják Egyesületünket a tönk szélére jutni, hanem tegye meg mindenki az Egyesület érdekében azt, amit tud.

Ezek után vessük le magunkról a mindennapi gondterhes élet szürke köntösét és ünnepi tógát öltve, alakuljunk át ünnepi közgyűléssé abból az alkalomból, hogy három kitűnő tagtársunkat tiszteletbeli tagjainkká avassuk.

A múlt évi záró közgyűlés Schaffer Károly, Grósz Emil és Verebélj Tibor tagtársainkat egyhangú lelkesedéssel tiszteletbeli tagjaink sorába választotta s nekem jutott az a megtisztelő feladat, hogy az erről szóló diplomát nekik átnyújthassam.

Schaffer Károly már kora ifjúságától kezdve agy- és idegszövettenál foglalkozott, ennek volt köszönhető, hogy először ő ismerte fel a veszettség vírusának az idegszövet mentén történő terjedését, valamint a tabesnek hátsó gerincvelői gyökérszövetét. A budapesti Poliklinikán akkor még együtt voltunk, mikor 1912-ben az agyszövettenál rk. tanárává nevezték ki s szerény kis intézetet kapott az Üllői úti központi épületben. Később az agyfélzini barázda-képződés kérdésével, valamint az átöröklődő szervi agygerincvelői bántalmak finomabb szövettanával és kórszámazásával foglalkozott.

1925-ben hívták meg egyhangúan az elme- és ideg-klinika vezetésére, melyet ő 60 éves korában hosszas kérésre azzal a feltétellel fogadott el, hogy agyszöveti intézete egész felszerelésével és személyzetével együtt átkerüljön a klinikára, ami meg is történt.

18 kötetben *Hirnpathologische Beiträge* címen jelentek meg időnként az ő és tanítványai dolgozatai, melyeket a szakemberek az egész világon legnagyobbra értékelték; a Magyar Tudományos Akadémiának régóta rendes tagja, ahol még most is élvezhetjük időnként nagyszerű előadásait. Élete folyamán kiélesedett vitái voltak egyes finomabb kérdésekben főleg német szakemberekkel s nagy elégtétellel állapíthatta meg végül is azt, hogy más irányú vizsgálatok neki adtak igazat.

Grósz Emil predestinált szemészprofesszor, hiszen már atyja és nagyatyja kiváló szemészek voltak, ő pedig 32 éven át volt a Pázmány Péter Tudományegyetem szemészeti klinikájának nagynevű igazgatója. **Grósz Emil** a rendkívül sokoldalú, sokféle ágazó munkásság jellemzi. Klinikáján ő vezetett a sokféle dolgozásban, igen kora reggeltől késő estig ott volt, elárta betegeit, tartotta nagyszerű előadásait; ragyogtatta kitűnő műtői készségét, kinek százak és százak köszönhetik szemük világát. Emellett a közügyek terén fejtett ki példátlan munkálkodást, őt mindenki érdekli, ő mindenhez hozzá tud szólni s ő minden orvosi közügyet mindenkinél jobban ismer. Fiatal korában megszervezte a szűnidei orvosi kurzusokat, majd ezeknek folytatásaként 1910-ben az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságát, melynek 1910-től kezdve alelnöke, majd 1926-tól kezdve 12 éven át elnöke volt. Élénk tevékenységet fejtett ki a Felső Oktatásügyi egyesületben, melynek sokáig alelnöke volt. 1909-ben, mint a budapesti Internationális Orvoscongressus főtitkára elemében van, s nagyszerűen megrendezte a congressust. Élénken ápolta a külföldi összeköttetéseket, tiszteleti-, vagy rendes tagja valamennyi nyugati állam szemészeti egyesületének, s amire pedig mi is büszkék lehetünk, a lyoni egyetem honoris causa doktora.

Ő is, mint **Schaffer Károly** óriási munkálkodás után vonultak nyugalomba s nyugodt megelégedéssel tekinthetnek vissza életük munkájára.

Verebélly Tibor a jelen embere, aki már az egyetemi tanfolyam után sub auspiciis regis avatott orvosdoktorrá. Habár klinikusnak készült, már akkor látta, hogy milyen szilárd alapot jelent az életben a körbonctan alapos tudása és ennek megszerzése végett 6 esztendő telt el **Perit Ottó** körbonctani intézetében mint gyakornok, majd első tanársegéd. — Ennek köszönheti azt a biztos tájékozódást a legcomplicáltabb klinikai esetekben is s azt a józan ítélőképességet, hogy kétes esetekben mit, mikor és hogyan kell a beteg érdekében legjobban elvégezni. A Réczey-féle sebészeti klinikán, majd a Szent István-kórházban, Stefánia- és Szent János-kórházakban megszerezte a klinikai kiképzést és gyakorlatot, úgy hogy mikor 1914-ben a neki létesített III. sebészeti klinika vezetését átvette, már tökéletesen kész szakember volt. Mai működési helyén az I. sebészeti klinikán világszerte ismert klinikus, nagyszerű operateur, kitűnő tanár és oktató. Tudományos munkássága óriási nagy, ennek köszönhető, hogy a Magyar Tudományos Akadémia levelező, majd rendes taggá választotta.

Ezen nagy szakmabeli tevékenységén kívül 13 év óta elnöke az Igazságügyi Orvosi Tanácsnak, 4 éven át elnöke volt egyesületünknek, elnöke volt az Országos Orvosszövetségnek, elnöke az Országos Orvosi Kamarának, Rector Magnificus a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemnek s levelező és tiszteletbeli tagja számos külföldi tudományos társaságnak.

Ezekon kívül ráér arra, hogy philosophiai magaslatokon szárnyaló elnöki megnyitásokat tartson, sőt mint az egyetem rectora, a szombati avatásokon mindig más és más, az alkalomhoz illő nagyszerű beszédet mondjon. Bámulatos, hogy honnan veszi mindezen óriási tevékenységhez az erőt és az időt, de mi örülhetünk annak, hogy ez így van.

Most, amidőn a tiszteletbeli tagságról szóló diplomát Nektek, kedves és mélyen tisztelt Barátaim átadom, azt kívánom, hogy tartson meg Benneteket az Isten jó erőben és egészségben még nagyon sokáig.

Schaffer K.: (Kézirat nem érkezett.)

Grósz E.: Nagyon tisztelt Elnök Úr! Tisztelt Közgyűlés! Mélyen meg hat az a nagy kitüntetés, melyben a Budapesti Királyi Orvosegyesület részesít. 50 év előtt **Korányi Frigyes** volt az egyesület elnöke s az orvosi tudomány nagy mesterei, közöttük **Markusovszky**, még éltek. Ma az egyesület egyetlen élő, tiszteletbeli tagja **Korányi Sándor**, ki mellé emelkedni nagy tisztességgel.

Nagy megtiszteltetés, hogy a magyar orvosi tudomány két büszkeségével: **Verebélly**-vel és **Schaffer**-rel léphetek a tiszteletbeli tagok sorába. Ezzel egyesületünk annak bizonyosságát adta, hogy nemcsak a generálisokat, hanem a köz-katonát is, nemcsak az építőmestereket, hanem a napszámost is megbecsüli.

A kitüntetésben a munka jutalmát látom és ez ma, amikor az a hit van elterjedve, hogy a protekció az előmenetel feltétele, a fiatal generatio buzdításul szolgálhat, hogy elsősorban munkával érvényesülhet.

Nagy örömmre szolgál, hogy az oklevelet **Illyés Géza** kezéből vehetem át. Az ő élete nagy példa, hogy ő mit tett a tudomány, hazája, s az emberiség javára, azt a külföldi és a magyar tudományos világ tudja, nem is szeretné ezt újból hallani, de azt sem hallgathatom el, hogy bölcseiségével milyen példát adott. Ő Sir William Osler tanácsát követte: előbb tanult, majd bűvázkodott, azután tanított, iskolát alapított és legvégül kezdett közügyekkel foglalkozni, tehát akkor, amidőn nagy tekintélyével, egyéni súlyával nemzetének használhatott. Ilyen módon elmondhatja, hogy mindent megtett nemzetéért, az emberiségért, a tudományért, ami tőle tellett. Csak természetes, hogy a mai nap számomra sok küzdelem, sok csalódás, sok szomorúság gazdag kárpótlása.

Verebélly T.: (Kézirat nem érkezett.)

Illyés G.: Most legyen szabad átnyújtani az arany diplomát azon tagtársainknak, kik 50 év óta tagjai az egyesületnek. Név szerint: **Friedrich Vilmos**, **Grósz Emil**, **Korányi Sándor**, **Krepuska Géza**, **Nékám Lajos**, **Tuszkay Ödön**, **Deutsch V. Adolf**, **Lánczi Géza**, **Moskovits Ignác** és **Szenes Zsigmond**. Fogadják ezt az írást hálás megemlékezésünk és szeretetünk jeléül azzal a kívánsággal, hogy még sokáig tagjaink sorában tisztelhessek. Ad multos annos!

Szenthe L. főtitkár teszi meg jelentését. Majd elnök kiosztja az év folyamán hirdett pályázatok jutalomdíjait. Az Orvosi Hetilap díját elnyerte **Sailer Károly**, a Balassa-díjat nem nyerte el senki. A Mészáros Károly-díjat **Vitéz István**, Schaffer-emléklaktett **Juba Adolf**, Herczel Manó díjat **Bugyi István**, Tauszk emlékérmét **Neuber Ede**, Widder Ignác-jutalomdíjat „Stimulatio” című dolgozat és **Szenger Ede**-jutalomdíjat **Putnoky Gyula**, Czmor Győző és **Urbányi Jenő** nyerték el. Jelenti, hogy **Nils Antoni** stockholmi, **Werner Oswald Streng**, **Arvo Henrik Ylppö**, **Lojander Woldemar**, **Yrjö Rempää**, **Martti Mustakallio** és **Simo Entero** Brofeldt helsinki professorokat az egyesület levelező tagokká választotta.

Főkönyvtáros és pénztáros jelentése után főtitkár felolvassa a belépni óhajtó új tagok névsorát, majd az elnök — több tárgy nem lévén — az ülést bezárja.

A Közkórházi Orvostársulat április 26-i ülése.

Bemutatók:

Adriányi B.: *Idült tetania esete.* Bemutató röviden ismerteti a tetania körképét és aetiologiáját. 37 éves nőtlen férfibeteget mutat be. Az illető szerelő 23 éves kora óta szenved tetaniában. Betegsége előtt félévig dolgozott kokszfűtéses helyiségben, hol a levegőt gyakran szennyezték égéstermékek. Baja ezután vált manifestté. Állandó görcs-késztség mellett typusos tetaniás rohamai voltak, melyek AT 10 praeparatummal combinált substitutiós kezelésre javultak, majd hosszabb időre el is maradtak. A vér calciumszintje 6.0 mg% -ról 8.5 mg% -ra emelkedett.

Bemutató az esetet idiopathikus eredetűnek tartja, hol feltehető, hogy az epitheltestek cinstitutionalisan csökkent működése folytán meglévő görcskészséget a beteget foglalkozása közben ért külső ártalom activálta.

Torday Á.: Bemutató esetével kapcsolatban megemlékezik egy 43 éves nőről, akin második graviditása alatt mutatkoztak a tünetek és azóta már 15 éve észlelhetők időnként a tetaniás rohamok. Nem mindegyik graviditása alatt voltak tetaniás görcsei. A Reichmann-féle betegség, a nagyfokú gyomorstenosissal kapcsolatos hányás, diureticumok adása után észlelhető tetaniák a chlorvesztességgel vannak kapcsolatban, míg vesébántalmakban, úgy szintén rachitisben, ennek oka a Ph. felszaporodása a vérben. A hyperventillatión a CO₂ fokozott kiürítése miatt beálló alkalosis szolgáltatja az alapot a rohamok keletkezéséhez, illetve kiváltásához. Mindez azt mutatja, hogy a parathyreoidán kívül egyéb tényezők is közrehatnak, főleg a

hypocalcaemia révén a tetania felléptéhez. Azonban vannak olyan tünetek, amelyek ilyen alapon nem magyarázhatók meg, minők a fogelváltozások és a pszichikus tünetek. A terapiában a Ca-kezelésen kívül a parathormon adásában és az AT 10 alkalmazásában óvatosan a vér Ca-tükrének ellenőrzése mellett kell eljárni.

Schilling B.: A nő változás korában. A nő a változás korát a nagy statisztikák szerint a 47. életévében éri el, amely belső elválasztási egyensúlyzavart okoz, összes következményeivel. Azok a nők kiknek havibaja előbb jelentkezik, később jutnak a változás korába és fordítva. A női alkat befolyással van a havibaj lefolyására, a tünetek is bizonyos szabályok szerint folynak le (piknikus, férfitypusú nők). A havibaj első jelentkezésének zavarai ugyanazon nőn gyakran megtalálhatók a változás korában is (lelki, bel- és érrendszeri bántalmak, izzadás, hízás, stb.)

A változás korában a méh először megduzzad, majd elsorvad, a hüvely és petefészek zsugorodásának első tünetei az érrendszeri elváltozások (melegségérzet, izzadás, zsiubbadás, szívdobogás). A férfias alkatú nőn gyakori a szőrzet megszoródása, pajzsmirigy, kóros elváltozások, ideges panaszok és szívélváltozások. Hypoplasiás nőknél alig van panasz, astheniás nőknél fokozottabbak a szervek süllyedési panaszai és lelki lehangoltság. A vérnyomásemelkedés a hypophysis elváltozásokkal függ össze (thyreotrop). A vérnyomásemelkedés, az éredény és aortafájdalmak megítélésében fontos a más betegségektől történő elkülönítés, ezek a panaszok a változás kora után többnyire elmúlnak. A sima izmok okozta astheniás rohamok, a pajzsmirigy fokozott és és csökkent működési zavarai gyakoriak, főleg az utóbbi okoz szívizomelváltozást.

A változás korában az elhíjasodás, végtag bőralatti megduzzadása tüszőhormonnal nem befolyásolható, oka hypophysaer lévén melles-lebeny hormonnal, helyes étrenddel és hashajtókkal befolyásolható.

Szívbj, érlelmeszesedés, vesebaj kórosan befolyásolja a climax bekövetkezését és lefolyását. A gümőkórú viszont előnyös a climaxos kötőszövetzaporulat. A méhizomdagánat gyakran okoz climaxos panaszokat. Climax esetében megváltozik a vérkép összetétele, hasi elváltozásoknak két tünete, ú. m. a hasmenés és a székrekedés is fokozódik (colitis mucosa), ízületi panaszok gyakoriak. A testi változásoknak hatása van a lelki életre is (egyensúlyzavar, nemi eltévelyedések), gyakran öröklött, elfedett tulajdonságokat hoz felszínre, félelemérzés, álmianság jelentkezik. A petefészek kieséssel magyarázzák sokan az ilyenkor jelentkező bőrelváltozásokat (ekzema, urticaria, pruritus, stb.), melyeket tüszőhormon jól befolyásolhat. Szőrzet megszoródás, hajkihullás, körömök törékenysége, a szemelváltozások mind lehetnek a climax részjelenségei.

Nagyon fontos a változás korának panaszait és tüneteit kellőleg értékelni és elbírálni. A gyógyszereket, mivel olyan szer, mely minden kóros tünetet megszüntet: nincs, kellőleg kell megválasztani. Az izgalmi tünetek csökkentésére kell törekedni, az organoterapiás szerek alkalmazásakor egyéni szempontok és hatásmódok mérvadók. A tüneti és szervi elváltozások megfelelő gyógyszerekkel kezelendők, gyakran belgyógyászati-, vizgyógyászati- és röntgenkezelés válik szükségessé és nem utolsó sorban a betegek lelki befolyásolása.

Campián A.: Klimakteriumbana felső légutak területére vonatkozó panaszok igen változatos formában jutnak kifejezésre. A fej felé irányuló, ú. n. vértolulások az orr eldugulásának érzetét keltik, amelyhez igen gyakran fejfájás társul. Elég gyakoriak a garatban és gégeben jelentkező ideges zavarok, amelyek csiklandozó, égető, kaparó érzésben nyilvánulnak meg és ezek idegen test, vagy nyelési fájdalom érzetét is kiválthatják. A változás korában jelentkező kellemetlenségek elbírálása az elkülönítő kórisme szempontjából bír jelentőséggel és azáltal jellemezhetők, hogy nem kíséri őket a panaszoknak megfelelő bonctani elváltozás. Ennek megfelelően kell a kezelést megszabni.

v. Gönczy I.: Utal a változásra jellemző érbeidegzési és elválasztásos zavarok jelentőségére. A hőhullám keletkezésében Zondeknek pletysmographiai, továbbá Kissel és Enyedyvel végzett saját visszérnyomásvizsgálatai alapján a keringő vérmennyiség rohamszerű, egyenlőtlen eloszlásának, amit a tárolószervek elégtelen működése okozhat, tulajdonít jelentőséget. A változásos vérnyomásemelkedés lehetőségét neves szerzők véleménye és megfelelő esetek alapján valószínűnek kell tartani. Bizonyos tünetek és gyógyszeres hatások a változásos vérnyomásemelkedés görcsös jellegét bizonyítják. Emellett Kissel végzett vizsgálata alapján

hangsúlyozza a visszérnyomásemelkedés jelentőségét a változás szakában. Az érfájdalmak kapcsán az aortalgia, angina pectoris tárgyalása során főleg utóbbinak elkülönítő kórisméjével foglalkozik az elektrokardiographiai vizsgálatok (munka-elektrokardiogramm) alapján. Bővebben ismerteti a változás idején oly gyakran észlelt és mások által (Garrod, Menge, Munk) leírt chronikus izületi bajokat. A terapia terén kiemeli a folliculus hormonok és azok synthetikus alakjainak feltűnő értágító hatását, ami e szerek szélesebb körű alkalmazását teszi lehetővé a belorvos-tan s egyúttal a változásos jelenségek egy részének összetartozását bizonyítja körkeletkezés szempontjából.

Lehoczky T.: Ideggyógyászati szempontból sokat vitaták a férfiklimakterium létezését (Mendel, Hoche és mások). Az a vélemény, hogy férfiklimax van, de jóval ritkábban észlelhető, mint a női s ennek oka az endokrin egyensúlyzavar, biologiailag is bebizonyított fokozatos megszűnése. A férfi és női klimax tisztán ideges (nervalis) tünetei lényegileg azonosak és csoportosítva tárgyalja az agyidegek, a közti agy hőcentrumának és a vegetatív idegrendszer működési zavarai által okozott tüneteket. A fejfájásnak szédülésnek és migránnak is vannak bizonyos fokig jellemző tünetei. A finomabb lelki ideges tünetek mindkét nemnél megfelelnek az ú. n. Braun-féle vitalis syndromának. Ennek különleges színezetet ad nőn az intrapsichés feszültség, az erotikum állítólagos fokozódása és a depressia túlsúlya: férfinn a nagy hangulati ingadozás és elérzékenyülés (effeminatio) és a munkaképtelenség. Röviden említi a klimaxos psychosisok leggyakoribb alakjait (depressiv és paranoid csoport), majd az előadóval egyetértően ajánlja a különböző gyógymódokat (substitutiót, sedatív, hyrdó- és elektrotherapia, stb.) és hangsúlyozza a gondos psychotherapia jelentőségét.

A Ferenc József Tud. Egy. Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 22-i ülése.

Bemutatások:

Sipos K.: Lymphogranulomás, heges végbélszűkület. 39 éves nőbeteg 5 év óta tartó, fájdalmas, időnkint véres, genyes széke miatt jelentkezett; a végbélnyílástól 5 cm-re 21 Charr. vastagságú szűkületet talált. Frei-próba emberi és egeragy antigennel igenleges. Wa. és társpróbák nemlegesek.

Kassay D.: Highmor ürege keresztül eltávolított szemüregi cysta. 32 éves gazdálkodó exophthalmusát az orbita alsó falán tapintható képlet okozza. A Highmor-üreg vizsgálatnál röntgen-elváltozást, a feltöltés vizsgálatnál (40% lipiodol) pedig kétszeres kiesést találunk. Műtétkor (Luc-Calwell) az üregben egyszerű nyálkahártya polypus találunk, de az orbitalis képlet helyén a csont bedomborodik az üregbe. E csontszövet levevése után az orbitából mogoró nagyságú tömlőt távolítunk el, mely a vizsgálatok szerint valószínűen echinococcus-tömlő. Az eset érdekessége, hogy véletlenül közrejátszása miatt a szemüregi cysta Highmor-üregből kiinduló tumor tüneteit utánozta és hogy a tömlőt az antrumon keresztül el lehetett távolítani. Végül említésre méltó a szemüregi echinococcus-tömlők nagy ritkasága.

Kassay D.: Labyrinthus-sequesterek: 43 éves férfi 1916 őszén fejlővést kapott, mely a bal fülkörnyéket roncsolta. Azóta folyik a füle, de 1938 augusztusáig fájdalma nem volt. Ekkor a fájdalom mellett sűrűn szédült, néhányszor eszméletét veszítette. Kórházi felvétel 1938 október 29-én, mely előtt két héttel vette észre, hogy nem tudja becsukni a szemét; erős gyenyedés mellett az egész külső hallójáratot kitöltő sarjakat találunk. A kagyló mögött régi szabálytalan heg. B. o. teljes cochlearis és vestibularis kiesés. Radialis fülműtét: az antrum, dobüreg és hallójárat sarjakkal kitöltött. Hallócsontokat nem találunk. A műtét után a láz egy ideig szünetel, majd erős fejfájás kíséretében ismét jelentkezik. A dobüreg medialis fala felől ismét sarjak keletkeznek. Második műtét december 9-én, mikor két labyrinthus-sequestert találunk. Egyiken felismerhető a csigának több mint fele a promontoriummal, a másikon a vestibulum és valószínűen a vízszintes ívjárat egy része. A radialis üreg két hónap alatt behámosodott, de az arcidegbénulás nem szűnt meg. Az eset érdekessége, hogy ritkán fordul elő idült középfülgyenyedés után a labyrinthus sequestratioja.

Környey I.: Műtéttel eltávolított gerincevelői neurinoma. 64 éves nőbeteg. Ötgyenyedés körlefolás ficularis természetű subjectiv érzésvárral, amely az alsó végtagokon

kezdődik, majd felterjed a törzsre. Jó 2 hónap óta járási nehézség, utóbb -képtelenség. Az alsó végtagokon spastikus-ataxiás tünetcsoport; a 2. mell. szelvény felső határától lefelé csökkent érzékettség valamennyi féleségre. Az agygerincvelői folyadékban Froin-féle tünetcsoport. A myelographiánál akadály a 6-7. nyaki csigolya magasságában. A laminektomia alkalmával kb. 4 cm. hosszú, részben cystásan ellágyult daganatot távolítottunk el, amely subarachnoid-alisan a gerincvelő jobb oldalán helyezkedett el s azt igen súlyosan összenyomta. A daganat szövettanilag neurinomának bizonyult. A műtét után gyors javulás indult meg: jelenleg — 5 héttel a műtét után — spastikus jel nincsen, a beteg támogatás nélkül rövid utat megtesz, az érzészavar sokkal kevésbé kifejezett és felső határa lehúzódtott a 9. mell. szelvényig; az alsó végtagok kissé hypotóniás-ataxiásak. Az extra- és intramedullaris daganat elkülönítő diagnózisát illetően bemutató hangsúlyozza, hogy ebben az esetben gyökeri természetű fájdalom nem volt s az érzészavarnak legkevésbé sem volt Brown-Séquard-jellege.

Előadás:

Baló J.: Újabb adatok az érlelmeszesedés pathogenesiséhez. Házinyúlakat huzamosabb időn keresztül ammonium-hydroxiddal mérgezve az adrenalin-sklerosisnak megfelelő arteriosklerosis idézhető elő. Mivel az ammoniumhydroxyd házinyúlak szervezetét hamar elhagyja, viszont hosszabb ideig tartó acidosis okoz, arra a megállapításra jutott, hogy az arteriosklerosisnak ez a formája az acidosis következménye. Átlag 2 kg. súlyú házinyúlak napi 0.5 mg. thyroxint adva subcutan és pihenőnapokat iktatva közbe, átlag 3 hét alatt 100%-ban lehet adrenalin-sklerosisnak megfelelő arteriosklerosis előidézni. A thyroxinnak ilyen adagolása mellett decompensált acidosis keletkezik; ez amellől szól, hogy az arteriosklerosisnak ez a formája valóban az acidosis következménye. Ember arteriosklerosisában az elmeszesedésen kívül a cholesterolin-lerakodásnak is fontos szerepe van. Ismeretes, hogy emberek hyperthyreosisában a vér cholesterolintartalmuk csökken, viszont a pajzsmirigy elégtelen működése a vér cholesterolintartalmának emelkedését vonja maga után. Ezen az alapon a thyroxint *Parhon* és munkatársai, valamint *Lévy* az emberi arteriosklerosis praeventiójára, s a hypercholesterinaemia leküzdésére ajánlották, mint ahogy régebben *Epstein* a lipoidnephrosis kezelésére is thyroidea-kivonatot ajánlott. Előadó házinyúl-kísérletei azt mutatták, hogy átlag 2500 gr. súlyú házinyúlaknak napi 0.5 mg. thyroxint adva, eleinte a vér összssír-, zsírsav-, cholesterolin- és foszphatida-tartalmának csökkenése következik be, ami párhuzamba állítható intézetben történt azon megállapítással, hogy thyroxin hatására a serumlipase is csökken. A mérgezés későbbi stadiumában azonban a vér összssír-, zsírsav-, cholesterolin- és foszphatida tartalma ismét felemelkedik, ami összhangban van az előbb eltűnt serumlipasenak sub finem vitae bekövetkező megjelenésével. Kísérletei még azt is mutatják, hogy thyroxin egyidejű adagolása mellett az alimentaris hypercholesterinaemia nem következik be, vagy jóval kisebb fokú, mint anélkül.

Nemcskay T.: A magzatok méhen belül elhalásáról. 1921-1937-ig a szegedi női klinikán 15.314 szülés kapcsán elvesztettek 1179 magzatot, ami 7.8% összhálozásnak felel meg. Intézetben kívül elhalt 330 (2.08%), a szülés megindulása előtt 225 (1.46%), intézetben szülés alatt 140 (0.91%), közvetlen a szülés után 1-2 órával elhalt 200 (1.3%), a klinikai tartózkodás alatt meghalt 284 (1.85%) magzat. Az elhalt magzatok 53.4%-a volt korai. Fogó-műtéttel kapcsolatban a magzati halálozás a szegedi szülészkerületben intézeteken kívül 10%, klinikán 3.6%, extractio esetén a klinikán 12%-os halálozásával szemben a gyakorlat 25.5%-kal szerepel és lábrafordítás kapcsán végzett extractionál az intézeti 23%-kal szemben a gyakorlatban 50% volt a magzati halálozás. Rángógörccsnél intézetben kívül 20.3%, a klinikán 9%. Elhúzódo lázas szülésnél 28.2%-kal szemben a klinikán 12%, szűkmedencés szüléssel kapcsolatban 33%, klinikán 9.3% volt a magzati halálozás. A magzatok halálzási arányszámát a házasság előtti orvosi vizsgálattal, házassági tanácsadással, terhes-gondozással, az elhúzódo szülések megfelelő vezetésével, a szűkmedence fogó-műtét idejekorán való elvégzésével, s végül szűkmedence esetében a császármetszés javallati körének kiterjesztésével lehet csökkenteni. Az intézetben kívüli szülések nagy magzati halálozásának csökkentése érdekében az orvosoknak szülészeti szempontból való intenzívebb továbbképzése szükséges és be kell vinni az orvosi köztudatba, hogy szövödményes szülés nem való gyakorlatba.

Falta B.: A halva születés elleni küzdelem leghatásosabb fegyvere a minél tökéletesebb terhesgondozás. Ez pedig a legalábbis fakultativ kötelező terhesbejelentés bevezetésével vezet célhoz, mely szerint minden graviditás a III. hóti bejelentendő lenne. Így a legnagyobb contingenst szolgáltató syphilis-ártalom lenne főképpen csökkenthető, s a terhesgondozó állomások az egyéb ártalmak s rendellenességek idejében való megfelelő intézetbe juttatásával a szülönőknek, járulnának hozzá a halvaszületés csökkentéséhez. Ez a törekvése a Stefánia Szövetségnek is.

Kühbacher F.: Felhívja a figyelmet azokra a nagy különbségekre, amelyek a klinikán, illetve az intézetben kívüli műtét beavatkozás útján befejezett szövödményes szülések végeredményei között mutatkoznak. Ezek az adatok vitathatatlanul mutatják, hogy a szövödményes szülés nem való a gyakorlatba. Az intézeti eredmények javulása csak a mérsékelt aktivitás elvének gyakorlati alkalmazásától várható.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvostudományi Szakosztályának március 27-i ülése.

Bemutató:

Róna D.: Fiatalkorú egyénnél ileussal jelentkező colon-rák érdekesebb esete. Bemutat egy 24 éves fiatalembert, aki súlyos ileussal került műtetre. A műtétkor (1938. szept. 22.) kiderült, hogy az ileus oka egy a flexura lienalisra ülő, a léppel és a gyomorral erősen összenőtt nagy carcinomás fekély volt. Az első ülésben enterostomia végeztetett. Nov. 4-én a colon transversum és descendens resectiója a tumoral és a bélcsonkok side to side egyesítése. December 14-én a bélfistula zárása. December 24-én a beteg gyógyultan távozott.

Az esetnek bizonyos jelentőséget kölcsönöz azon körülmény, hogy elég fiatal embernél lépett fel, csak pár hétre visszamenő panaszokkal, kifejlődött ileus képében jelentkezett, a műtétkor mirigyáttételek találhatók nem voltak.

Az utolsó félévben végzett még további négy, közepkorú egyénnél fellépett colonrák esetének műtétét említi, melyek közül kettő ugyancsak ileussal jelentkezett.

Ileusos esetekben feltétlenül a háromszakaszos műtétet végzi.

Hangsúlyozza a korai diagnosis fontosságát, melyben a röntgenátvilágítás (contrast-felvétel) fontos szerepet játszik. Betegei mind meggyógyultak.

Neuber E.: A bemutató által elmondott műtét technika-hoz nem kíván hozzászólni, mert hozzászóló is azon a véleményen van, hogy minél nagyobb tapasztalatokkal rendelkezik valaki, annál óvatosabb a bél rákos daganatának egyszakaszban való kiirtásával.

Sokkal nagyobb jelentőségűnek tartja bemutatónak azt az észrevételét, hogy iparkodjunk a beldaganatot korán felismerni. Annak egyedüli módja hozzászóló szerint is, hogy mindazokban az esetekben, amikor a röntgenológus a bélhuzamban, de különösen a vastagbélben és a daganatok előfordulásának kedvező helyein a pépnek — ha csak rövid időre is történő — megakadását látja, ezt komoly figyelmeztető jelnek tartsa és ne térjen felette napirendre. Nem egyszer előadódott, hogy súlyos bélelzáródásban szenvedő betegen kilátástalan műtétet kellett végezni, a körülmény kikerdezésekor pedig kiderült, hogy ugyanaz a szűkítő rákos folyamat, amely a jelenlegi ileust okozza, már egy év előtt is, ha nem is felismerhető, de a röntgenvizsgálat alapján sejtethető volt.

Ezt a körülményt hozzászóló mindazok figyelmébe ajánlja, akik ilyen irányú betegségek kivizsgálásával foglalkoznak.

Előadások:

Asztalos I.: Az öregkori hályogműtét utáni sebzaródás biztosításának egyszerű módja. Röviden ismerteti a fenti célra használt különböző eljárásokat. Bizonyos nyugtalanabb betegeknek (így elmebeteg, alkoholista, bronchitises, stb.), ahol a műtét utáni nyugodt magatartásra már előre láthatóan számítani nem lehet, ajánlja a szemhéjaknak középen elhelyezett, egy fonállal való ideiglenes zárását, melyet a sebzaródás biztosítására számos esetben jó eredménnyel alkalmazott.

Kukán F.: A felső és alsó szemhéj laza bőrének az összeöltése nem védi a hályogműtét sebeit éppen a gyakori és

komoly veszélyek ellen, mint a szem megütése, dörzsölése, köhögés, hányás, stb. A szorítás ellen sem véd, mert a musc. orbicularis működését nem gátolja s a levatorét sem teljesen, viszont a seb és az iris ellenőrzését lehetetlenné teszi.

Alföldy J. és Kövesi F.: A kongó-festék eljárás jelentősége a tuberculosis klinikájában. Előadók a RER irodalmának azokat az adatait ismertetik, melyek a rendszer fontosságát világítják meg a tuberculosis immunbiológiájában. Ez adatok és saját vizsgálataik alapján a következő conclusióra jutnak: A RER., s a Siegmund szerint bővebb értelemben vett egész activ mesenchyma kétségtelenül legfőbb szerve a fertőzés elleni védelemnek, azaz a humoralis és cellularis antitestképzésnek és az egész immunmechanizmusnak. A RER. sokoldalú funkciójának quantitativ mérése ma még csak tökéletlenül vihető keresztül. Úgy látszik azonban, hogy a festék phagocytáló képessége messzemenő parallelismust mutat a rendszer egyéb, immunológiai funkcióival. E festék-phagocytáló-képesség meghatározására mind állatkísérletben, mind klinikai emberanyagban legalkalmasabbnak látszik, mint teljesen veszélytelen és aránylag könnyen elsajátítható eljárás az Adler-Reimann-féle kongó-methodus. E methodussal előadók eddig több, mint 500 meghatározást végeztek. Tapasztalataik szerint a methodus kiválóan alkalmas a tüdőtuberculosis quantitativ diagnosztikájának kiegészítésére, különösen a rtg. lelet analysisének megkönnyítésére, de alkalmas prognostikai szempontból is értékes adatok szolgáltatására. Pneumothorax kezelés folyamán jól jelzi az immunapparatus fokozatos javulását s a tuberculosis lefolyása közben sokszor jóval előbb jelzi, minden más eddigi eljárásnál a mesenchymalis védőszerep fenyegető összeomlását. Úgy látszik hogy ez az eljárás alkalmas arra is, hogy különféle differensen ható beavatkozások (műtét, phren., exh., stb.) hatását mérhessük a RER-re.

A Magyar Phonetikai Társaság március 28-i ülése

Bajkay T. elnök: Méltatja honvédségünk lendületes előnyomulását Kárpátalján és csapatainknak a hazánkkal immár határos baráti Lengyelország részéről történt testvéri fogadtatását. Majd meleg szavakkal üdvözlí Kárpátalja visszacsatolása alkalmából a felszabadult és az anyaországba visszatért testvéreinket.

Sulyomi Schulmann A.: Beszámoló a III. nemzetközi genti phonetikai congressusról. A congressus Gent-ben (Belgium) 1938. július 18–22-ig tartott meg. Előadók a phonetikai tudomány nagy fejlődését tapasztalta külföldön. A gyűlésen 32 nemzet 269 kiküldöttel vett részt és azon 75 előadás hangzott el. Személyvényeket adott elő az egyes előadásokból, amelyek igazolják, hogy a hang és beszéd problémáinak tudományos vizsgálata végtelenül fontos úgy az ember kultúrája, mint egészsége szempontjából.

Polyánszky T.: Rámutat arra, hogy a magyar phonetikai tudomány úgy gyakorlati, mint elméleti vonatkozásban magas színvonalon áll. Az ország gazdasági helyzete nem engedi meg azt, hogy kellő számú tudományos mérő- és vizsgáló eszközökkel lennének felszerelve, de ez a tény nem zárja ki a magyar phonetikuskok kül- és belföldön elért munkásságának értékelését.

Bajkay T. elnök: Megköszöni az előadónak érdekes előadását és rámutat arra, hogy hazánkban haladást jelentett a logopaedia és phoniatria terén az egyetemi orr-, gége- és fülklinikák s a hibásbeszédűek állami intézete 1937-ben megkezdett rendszeres együttműködése.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otológiai Szakosztályának március 29-i ülése.

Bárczy I.: A beszédnevelés problémái. A beszéd kiépülése egyformán érdekli a fülorvost és az elmeorvost, miután a beszéd egyik jelentős tényezője a fül és a másik nélkülözhetetlen eszköze az agy. Ma már túlhaladt állapot az azt gondolni, hogy csak egyetlen oka van a némaságnak és az az ok valamilyen fülárthatalom. A néma között mind több és több olyan található, ahol fülészileg nem mutatható ki semmiféle ártalom, ezzel szemben pontosan megállapítható az agy hiányos fejlődése. Minden egyes esetben, amikor nagymérvű agyi ártalom lép fel, ezzel egyidőben beszédzavarok is mutatkoznak. Az agyi ártalom mélységétől függ a tünetek jelentkezése. 1. sz. betegén korai életkorban elszenvedett agyhártyagyulladás következtében

mutatkozó teljes szellemi kiesés látszik. Ez a teljes szellemi kiesés a hallásra is kiterjed, annak dacára, hogy a fülben kóros tünet nem állapítható meg. Ezeknek a gyermekeknek az ellátása az egészségesek érdekében feltétlenül szükséges, mert ezek a környezet számára elviselhetetlen életet jelentenek. Tehát téves az a felfogás, hogy „az állam ezekre ne költson...”, nem is ezekre költ, hanem a velük együtt élő család védelmét végzi akkor, amikor ezeket a súlyos eseteket kiveszi a környezetből.

A 2. csoportnál az értelemnek ez a súlyos kiesése nem mutatkozik. Ezek értik a beszédet, de maguk nem beszélnek. Tulajdonképpen motoros zavar mutatkozik náluk. Érdekes, hogy ez a motoros zavar kellő neveléssel (nem tanítással) előnyösen befolyásolható.

A 3-ik csoport a tulajdonképeni siketnémák csoportja, terjes értelem és associációs képesség birtokában, hiányzik a „hangok tartalmának a felfogó képessége”. Ezeknek a nevelése és tanítása egészen különleges módon és eredményesen oldható meg, felhasználva a beszéd fizikai elemeit (rhythmus). Erre nézve az előadók részletes módszert dolgozott ki, amely módszert két vaksiketnéma gyermekek eredményeiben is bemutatott. Az egyik füli eredetű siketségben szenved és nagyon szépen érzékelhető, hogy a kettő között csupán „időleges” alakban mutatkozik különbség az eredményben. A füli eredetű gyorsabban, az agyi jellegű lassabban halad, de mind a kettő beszédje kifogástalanul fejlődik. Ezirányú munkásságára kéri a szakosztály védelmét, amennyiben a szakosztály lapjában megjelent Kanizsai-féle közleményben még csak említés sem történik róla, pedig a zsidó intézetnek kezei között lévő köszönő levelei szerint bemutató útmutatásai alapján indították meg a beszédnevelő munkát.

v. Tátrallyay-Wein Z.: Kérde, vajon a vidéki siketnéma intézetek szerves, illetve hivatalos kapcsolatban állanak-e a budapesti intézettel, — amelynek magas színvonala és az oktatás terén úttörő munkássága közismert, — olyan értelemben, hogy a vidéki intézetekből szükség esetén a súlyosabb és makacsabb esetek a budapesti intézetbe kerülhetnek a gyógypedagógiai vagy nevelés hatályosabbá tétele céljából, eredmény sikeresebb biztosítása céljából, vagy legalábbis, hogy a budapesti intézetnek van-e a vidéki intézetekre és azok munkásságára valamelyes irányító, vagy felügyeleti befolyása?

Némay J.: Elképzelhető az eset, hogy a siketség oka a hallóközpontokban, vagy a hallóidegben van, akár tökéletlen fejlődés, akár pl. enkephalitis következtében. Ilyen siketségben azonban javítani nem lehet, mert ha a hallóközpont hangjelenségek által nem ingerelhető, úgy nem áll módunkban ezen változtatni. Csupán akkor, ha hallásmaradványok vagy nyomok fennmaradtak, lehet hangingerekkel több vagy kevesebb, néha meglepő hallást ébresztetni és a Wernicke-gócot acustikai képekkel töltetni. Amidőn ez módszeres gyakorlatokkal és erős ráfigyeltetéssel sikerül, akkor ez éppen annak a jele, hogy az a siketnéma nem volt egészen süket. Csak igen nagy halláscsökkenésnek lehet tudni, hogy a mindennapos élet számára süket és persze néma is maradt. Ő a még meglévő hallóképességet sem használja fel, úgy hogy idővel psychéje számára minden acustikai jelenség idegenné válik.

Szende B.: A bemutatott heredo-degenerált esetek készítetik felszólalásra. Ameddig hatóságilag, törvényesen nem vetnek véget a degenerált egyének szaporodásának, addig az államot és társadalmat súlyosan terhelő betegek száma folyton szaporodni fog. Feltétlen híve a sterilizációnak és meggyőződése szerint aki a bemutatott betegeket látta, az is lelkes katonája lesz a kezdő egyének sterilizációjának.

Liebermann T.: Emlékeztet egy régebbi ülésen tett megjegyzésére a szem inaktivitási amaurosisát illetően, ami pl. kancsalság folytán jöhet létre és bizonyos stádiumban még reversibilis. Némaynak azt válaszolja, hogy az agysérültek vizsgálata és a velük elért gyógyeredmények életrekelthetnek eddig nem működő pályákat és kéregrészteteket, tehát nem állítható, amit ő a corticalis siketség változtathatlanságáról mondott. A kerülőutakon — tapintás, közvetlen ideg inger — való hallás lehetőségét sokkal inkább plausibilisnek tartja, mint pl. Rejtőnek az orvosegyesületben kifejtett véleményét, hogy t. i. a Kepes-kutyák, amelyeknek az endolymphája kifolyt, a valamennyire még mikroszkopikusan kimutatható ívjárat-maradványaikkal hallottak volna. Hogy azután az esetleg addig teljesen szunnyadó halláskészülék-hallásmaradványok is „hallásszigetekké” javulnak, azt semmi okunk sincs kétségbevonni, ez azonban nem von le semmit Bárczy érdemeiből, aki mégiscsak teljesen süket

A METALIX RÖNTGEN

gyártmányok

a világviszonylatban is legtökéletesebbnek vannak elismerve

Minden típus **MAGYAR GYÁRTMÁNY**-ban is készülVezérképviselő és bemutatóterem: **METALIX RÖNTGEN** r.t.**Budapest, IV., Múzeum-körút 37 — Telefon: 383-135
182-680**

Sürgőny cím METALIX Budapest,

emberekből csinált halló embereket. Ezeknek az érdek-
nek, melyek a magyar tudomány, magyar emberszeretet,
magyar genius, magyar szívósság és kitartás dicsősége, az
el-nem sikkadásáról mindnyájan, akik külföldi irodami
kapcsolatokat tartunk fenn, állandóan gondoskodunk.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 21. sz. Lauber
H. J.: A locus minoris resistentiae. — **Holtermann C.:** Szü-
lési akadályt képező cervixmyomák és tömlős petefészek-
daganatok kezelése. — **Wisch:** Scarlat és sárgaság. — **Wes-
termann: H. H.:** Nyáktömlőbetegségek és kezelésük. —
Rietschel H.: Az ember optimalis és minimalis C-vitamin
szükséglete. — **Euteneuer M.:** Tapasztalatok combizyn-nel
a gyomor-bélcsatorna betegségeiben. — **Koschade R.:** Újabb
tapasztalatok sajátvérrel kombinált percutan hormon- és
protein-terápiával az asthma és szénaláz kezelésében. —
Pastinszky S.: Adat a progressiv izomdystrophiával kap-
csolatos renyhe alszárfelekéyek glykokollkezeléséhez.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 21. sz. Reisner:
A közeli besugárzásról. — **Teschendorf:** Intravaginalis rönt-
gen mélybesugárzás. — **Heeren és Keutner:** A röntgendi-
agnostika mai biztossága gyomor- és nyombélbetegségeken. —
Kuhlmann: Tüdőrelzáródások asthma bronchiale esetében.
— **Göbel:** Csontelváltozások idült tüdőbajokban. — **Esch-
bach:** Az idült gyulladásos szívburokdiverticulum. — **Noor-
den:** Alkalmazkodás a táplálkozás terén. — **Stumpf:**
Röntgenkymographia a gyakorlatban. — **Malchartzeck:** A
gyomor lágyrészdagnostikája. — **Wilhelm:** Az appendicitis
differentialdiagnosisa: appendicitis mesenterium commune
esetén. — **Redenz:** A hatékony rákellenes küzdelem alapjai.

Wiener Klinische Wochenschrift. 21. sz. Breitenacker
Quantitativ CO-meghatározás értéke a kriminalistikában és
a CO-mérgezés klinikája. — **Hauser H.:** Mit tegyen az
orvos villamossági balesetek alkalmával. — **Razda F.:** A
„fájdalomdíj”. — **Krauland W.:** Nitrosus gázok okozta ha-
lálós üzemi baleset. — **Mayer F. X. és Halawa M.:** A
strychnin és brucinvegyületek quantitativ spektrographikus
meghatározása. — **Meixner K.:** Adatok a légembóliához.
— **Orthner H.:** A húgyhólyag szakadásai. — **Schoen F.:** Ha-
lálós pantocainmérgezés. — **Steindl H.:** A v. portae kör-
körös varrata. — **Tuppa R.:** A leszármazás kimutatásának
elmélete és gyakorlata. — **Winkler H.:** Mesaortitis luetica
és koszorúérsclerosis.

La Presse Médicale. 40., 41., 42. sz. Palazzoli M.: A
paraaminobensolsulfamid és származékainak hatása a go-
nococcusokra. — **Plichet A.:** A gyermeki thymushyper-
trophia kérdése. — **Gougerot H.:** Kauterezés a dermato-
syphiligraphiában. — **Bazy L., Blondin S. és Chêne P.:**
A végbélendometriosis klinikai és gyakorlati jelentősége.
— **Ducourtieux M.:** A rhinophyma és kezelése. — **Ravina A.:**
A kálium néhány újabb terápiás alkalmazásáról. — **Hous-
say B. A. etc.:** A vértelenített vese vérnyomásfokozó hatá-
sa. — **Caster M. és Garcia del Rio:** Adat az elektrokardi-
ographia klinikájához. — **Bacigalupo J.:** A lamblialis keze-
lése. — **Puelma O.:** Néhány betegségi kapcsolat szerepe a
tüdőgümőkórban. — **Garreton A. és Hervé L.:** A coronaria

tényező szerepe a vérkeringési rendszer betegségeiben. —
Alessandri R. etc.: 153 lobaris pneumonia eset bakteriolo-
giája. Kísérlet specifikus serumterápiával. — **Lobo-Onell**
etc.: A glykaemia és chloraemia viszonya. — **Mussio-Fournier**
etc.: A hormonok localis hatása. — **Saenz és Canetti:** Előlt
és vaselinolajjal kezelt gümöbacillusok által okozott saját-
ságos kóros állapotok. — **Talice R.:** Vizsgálat a „Chagas”-
féle betegségről, vagy az amerikai trypanosomiasisról. —
Larghero és Amargos: Szívben lévő idegen test (tű) okozta
heveny asystolia. — **Gomez és Gines:** Hasznos útmutatá-
sok a tüdőgümőkór kórisméjére és gyógyítására.

The Lancet. máj. 27. Hugh Cairns: Bakteriumfertőzés
intracranialis operációk alatt. — **R. G. Macfarlane:** Egy-
szerű methodus véralvadék retractio mérésére. — **H. Pos-
ton:** A hosszú csontok szárainak összetett törései. — **N. L.**
Korkill: A klíma, mint factor az epidémiás meningitisben
Kordofánban. — **Bryan, C. Murless:** A follicularis hormon
hatása a klimaxos hevülésekben. — **R. W. Ross:** A pneumo-
coccus szerzett immunitása M & B 693-al szemben.

British Medical Journal. máj. 27. Lord Horder: A be-
tegség legyőzése. — **R. D. Lawrence:** Zink-protamin-insulin
diabetesben. — **F. F. Cartwright:** Vinesthen érzéstelenítő ke-
verék. — **L. V. Roberts:** Achlorhydria Landry-féle benu-
lásban. — **R. C. Thomas:** Myomektomia terhes uterusban.
— **C. H. Osborn:** Eljárás az abdominális palpato meg-
könnyítésére. —

The Journal of the American Medical Association, máj.
6. T. J. Putnam: Az idegrendszeri megbetegedések kezelé-
sének modern módszerei. — **N. Bruger, S. A. Localio és**
N. W. Guthrie: Az alkohol hatása a vesére. — **F. R. Kelly,**
R. M. Watkins: Appendicitis felnőttben. — **N. Paulson:** Bél-
antigen. — **H. J. Shelley:** Varicosus venák. — **A. D. Ecker**
és H. W. Waltman: Wernicke-féle megbetegedés. — **G. H.**
Hansmann: Syphilis. — **W. Downing, L. O'Torle:** Parovariás
cysták terhességi szövődmenyként. — **F. H. Amendola:** Colle
törés. — **L. C. Grauer, J. C. Burt:** Glomus tumor. — **L. M.**
Loebe, R. S. Greenbaum: Beri-beri. — **J. G. Pasternack:**
Tularaemiás inguinális bubok kuliancs harapás következté-
ben. — **F. I. Seymour:** Steril mozgó spermatozoák.

Budapesti gyógyfürdő keresztény alorvost, vagy al-
orvosnőt keres a nyári idényre. Ajánlatokat a kiadó-
hivatalba kérünk.

FAGIFOR „Cito” lag. orig.

Calcium sokat tart. jóízű
mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak
specifikus gyógyszere

„CITO” gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

VEGYES HIREK

Halálozás. Wonesch Frigyes dr. a Máv. BBI. főorvosa május 23-án, életének 51. évében hirtelen elhunyt. Temetése nagy részvét mellett folyt le május 25-én a Kerepesi úti temetőben. Szappanos Gedeon dr. a Máv. BBI. szakorvosa május 30-án, életének 45. évében hirtelen elhunyt.

Neuber Ede dr. egyet. ny. r. tanár, a Nemzetközi Diák-egészségügyi Congressus felkérésére május 26-án Zürichben igen előkelő és nagyszámú hallgatóságnak a magyar egyetemi ifjúság egészségügyi problémáiról előadást tartott.

A IV. nemzetközi összehasonlító kórtani congressust ez év május 15–20.-a között tartották meg Rómában, 22 nemzet 350 pathologusának részvételével. A capitolium-beli megnyitó ünnepség fényét az olasz királyi és császári pár Öfeiségeik jelenléte növelte, akik meghallgatták *Pietro Rondoni* prof. elnök, a milánói rákkutató intézet igazgatójának az összehasonlító kórtan céljáról és jelentőségéről tartott nagyszabású bevezető előadását. A congressus jelvényét a nagy *Morgagni* arcmásának domborműve képezte, aki a legregibb magyar orvosi kiválóságunknak: tudós *Weszprémi Istvánnak* nemcsak kortársa, hanem legelső és legnagyobb elismerője is volt. A tudományos tanácskozások négy napján naponként egymást felváltva, a következő 4 nagy összefoglaló kérdés körül csoportosultak az előadók: 1. Vírusbetegségek; 2. Az örökléstan jelentősége a pathológiában; 3. A kombinált antigenek szerepe; 4. A növények regressiv elváltozásai. Magyar részről *n. Balogh Ernő* és *Tomcsik József* professorok tartottak felkérésre előadásokat. Előbbi, akit a congressus egyik üléselnökének választottak meg, a m. kir. kormány hivatalos képviselőjében jelent meg és azon érrendszeri és a hörgői fal idegduccokbeli kórszöveti és észleleteiről számolt be eredeti készítményei bemutatásával, melyekre részben kanyarós és influenzás emberi, részben a Dr. Taylor, a Rockefeller-alapítvány tagja által Budapesten izolált influenza-vírus törzsekkel fertőzött állati esetek feldolgozása kapcsán tett szert. *Tomcsik József* prof. a kombinált antigenek szerepéről tartott referátumot. Általános nagy tetszést keltett a minden más állammal szemben messze kimagasló hazai méretekben (200.000 gyermek) végrehajtott diphtheria védőoltások kitűnő eredményeinek ismertetésével is, amelyeknek hasonló és széleskörű alkalmazása követendő példaként fogadtatott el a többi országok számára is.

Az olaszok mindent elkövettek, hogy örök városuknak legszeb régi és modern nevezetességeit (Citta Universitaria, Instituto di Sanita Pubblica, Instituto Carlo Forlanini, stb.) a legmeszebbmenő vendég szeretettel ismertethessék meg összes vendégeikkel.

E nemzetközi congressusok központi bizottsága *Achard* prof. (Páris) elnökle alatt — arra tekintettel, hogy 1944-ben ünnepelhetjük, mi magyarok 100. évfordulóját annak, hogy *Arányi Lajos* prof. kórbonctani tanszékfoglaló előadását megtarthatta orvostudományi karunkon — a VI. nemzetközi összehasonlító kórtani congressus rendezését az eredetileg esedékes 1945. év helyett, kivételes átcsoportosítással, az 1944. évre egyhangúlag Budapestnek és a magyar nemzeti bizottságnak ítélte meg, amit a résztvevők egyetemes záróülése nagy és lelkes tetszésnyilvánítással vett tudomásul.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága közli, hogy *Horváth Béla* dr. egyet. rk. tanár június 7-ére hirdett előadása az Orvosi Nagyhetre tekintettel elmarad.

G. Ch. Hirsch prof. Utrechtből, mint a Pázmány Péter Tudományegyetem bölcsészeti karának meghívottja június 5-én d. u. 6 órakor Múzeum-körút 4/a alatt, az állattani intézet előadótermében előadást fog tartani búvárlata köréből, a histophysiologiából. (Az előadás tárgya: mirigyműködés és Golgi-készülék.)

A Société Belge de Traumatologie et des Maladies Professionnelles június 25–27-ig Liège-ben nemzetközi congressust tart. A Társaság elnöksége *Benedek László* egyet. ny. r. tanárt kérte fel a congressus magyarországi képviselőjének. *Benedek* professor úr kéri azon kolléga urakat, akik a congressuson előadással szerepelni óhajtanának, hogy előadásuk címét minél előbb közöljék vele.

Az Internationale Gesellschaft für Allgemeine Aerztliche Psychotherapie elnöke, *Prof. Göring* felkérte *Benedek László* professort az egyesület magyarországi fractiójának megszervezésére. Az egyesület tagjai lehetnek a psychotherapia iránt érdeklődő orvosok. Jelentkezéseket *Benedek* professor úrhoz kérjük intézni (VIII., Balassa-utca 6.).

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen május 24-én: *Farkas Katalin*, *Farkas Erzsébet*, *Lex Kálmán*, *Altörjay Tibor*. — Üdvözljük az új Kartársakat!

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik májs 23–29. között. Ezen a héten egy felsiklási front és számos jól-fejlett betörési front érkezett. A csakis felsiklási frontok iránt érzékeny egyének számára tehát nyugalmas, a betörési frontok iránt érzékenyek számára viszont igen kedvezőtlen időszakkal kerültünk szembe. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók.

Átvonulás ideje Budapesten	A front fajlaja	Fejlettsége	Kísérő eseményei
hó nap óra			
23 1	betörési	Gyenge	Szélesend után néhány szellők. 4 m/mp.]
23 4	"	Mérsék.	Hirtelen szellők. 6 m/mp. zápor 1 mm.
23 11	"	Gyenge	Kis zápor, szélelénk. 7 m/mp.
23 19	"	Erős	Ziv. kev. esővel, szellők. 13 m/mp.
23 23	"	"	Zápor 2 mm, szél. 24-én egész n. 23 m/mp
25 10	felsiklási	Mérsék.	1 mm praefront. eső.
25 11	betörési	Erős	Szélvihar, max. seb. 23 m/mp, 12 ó-kor.
26 17	"	Gyenge	Kis zápor.
27 1	"	"	Szélelénk. 9 m/mp.-ig.
27 8	"	"	Kis zápor.
27 11	"	"	Kis zápor.
28 4	"	"	Egy hirtelen szellők. 7 m/mp.
28 8	"	"	"
28 12	"	Erős	Zápor 1 mm, széles. után hirt. 18 m/mp.
28 18	"	Mérsék.	Szélelénk. 12 m/mp.-ig.
29 0	"	Gyenge	Kis szélelénk. 7 m/mp.
29 7	"	"	Kis szellők. 5 m/mp.
29 11	"	"	Kis zápor.
29 15	"	Mérsék.	Szélelénk. kis zápor.

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorológiai Intézet önrő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

HETIREND

Június 3-án d. u. 6 órakor: az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága rendezésében az orr-, gége és fülklinikán betegbemutatók és demonstrációk.

297—1939. ikt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

A vezetésem alatt álló közkörházban újonnan rendszerített *belgyógyász osztályos főorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Pályázhatnak mindazok a Magyarországon érvényes oklevéllel és kamarai tagsággal rendelkező, magyar állampolgár orvosok, akik okmányaikkal igazolják, hogy belgyógyász szakorvosok és legalább öt évi klinikai, vagy közkörházi gyakorlattal rendelkeznek. Előnyben részesülnek a tudógyógyászathoz és röntgenkórismezésben jártas belgyógyász szakorvosok.

A kinevezendő osztályos-főorvosnak kell ellátni a fertőző-osztály betegeit és a tudógondozó intézet heti rendelését is.

Az állás javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. és a 300—1935. B. M. sz. körrendeletben előírt IX. fiz. oszt. nek megfelelő készpénzilletmény. A tudógondozó munkáért később megállapítandó tiszteletdíj.

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: I. Születési anyakönyvi kivonat; II. Orvosi oklevél; III. Szakorvosi képesítés igazolása; IV. Működési bizonyítványok; V. Irodalmi munkáság igazolása; VI. Állampolgársági bizonyítvány; VII. Orvoskamarai tagság igazolása; VIII. Életrajzi adatok.

A pályázni óhajtok kérvényüket *Horváth Kálmán* dr. Vas-vármegye alispánjához címezve hozzám adják be. Pályázati határidő: 1939. július hó 1.

Körmend, 1939. május 26-án.

Remetei Filep Ferenc dr.
kórházigazgató-főorvos.

Lapunk mai számához a *Certa Gyógyszerészeti Laboratorium Rt.* Budapest, *Certascorbin*-ről szóló ismertetését mellékeljük.

Lapunk mai számához a *Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt.* Budapest *Vasobroman*-ról szóló ismertetését mellékeljük.

A magyar orvosi nagyhét június 5–10-ig tart. üléseinek táblázata

Hétfő VI. 5.	Kedd VI. 6.	Szerda VI. 7.	Csütörtök VI. 8.	Péntek VI. 9.	Szombat VI. 10.
9 órakor: Semmelweis-terem. A Szövetségtanács közgyűlése. 1/2 10 ó.: Együttes ülés: Hormonok.	9 ó.: Semmelweis-terem. Együttes ülés: Hormonok.	9 ó.: Semmelweis-terem M. B. E. Cholelithiasis 9 ó.: Urológiai klinika. M. U. T. Veseelégtelenség	1/2 9 ó.: Semmelweis-terem. M. B. E. Közgyűlés. Utána: Pancreatitis. Só és vízforgalom. Extrarenalis azotaemia. 10 ó.: Vöröskereszt Székház. H. T. E. Háborús végtagsérülés. 12 ó.: Egészségügyi Kiállítás megnyitása. 9 ó.: Közgyűlés. Gyermekklinika. M. Gy. T. 10 ó.: Csecsemő-táplálkozás.	9 ó.: M. Gy. T. Gyermekklinika Tudományos ülés. 1/2 9 ó.: M. S. T. Igazg. Tanács. 9 ó.: Semmelweis-terem. M. S. T. Emlő daganatok. 9 ó.: Fogklinika. M. F. O. E. Caries megelőzése. 9 ó.: Bőrklinika. M. D. T. Bőrbetegség és belső betegségek.	9 ó.: M. Gy. T. Gyermekklinika. Allergiás betegségek. 9 ó.: Semmelweis-terem. M. S. T. Közgyűlés. 1/2 10 ó.: Sport-sérülések. 9 ó.: Fogklinika. M. F. O. E. Extractiós szövödmények. 9 ó.: Bőrklinika. M. D. T. Bőrbetegség és belső betegségek.
D é l u t á n					
6 ó.: Semmelweis-terem. Együttes ülés Hormonok.	6 ó.: Semmelweis-terem. Együttes ülés: Hormonok. 1/2 9 ó.: Allatkerti vendéglő: Vacsora.		4 ó.: H. T. E. Esetleges folytatás 6 ó.: Szemklinika M. Sz. T. Uveitis. Szemsérülések sorsa.	1/2 5 ó.: M. Gy. T. Gyermekklinika. Tudományos ülés. 5 ó.: Bőrklinika. M. D. T. Közgyűlés.	1/2 5 ó.: M. Gy. T. Rendk. közgyűlés. 5 ó.: Bőrklinika. M. D. T. Tudományos ülés.

Vándorgyűlések: M. H. T. május 21 Szegeden. M. F. G. E. VI. 30 és VII. 1 Szegeden. M. O. R. E. VI. 17 és 18 Kassán. M. O. R. E. szeptember folyamán Baján.

Rövidítések: H. T. E. Honvéddorvosok Tudományos Egyesülete M. B. E. Magyar Belorvosok Egyesülete M. D. T. Magyar Dermatológiai Társaság. M. F. O. E. Magyar Fogorvosok Országos Egyesülete. M. F. G. E. Magyar Fül- és Gégeorvosok Egyesülete. M. Gy. T. Magyar Gyermekorvosok Társasága. M. H. T. Magyar Hygienikusok Társasága M. O. R. E. Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete. M. O. T. E. Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesülete M. S. T. Magyar Sebész Társaság M. Sz. T. Magyar Szemorvosok Társasága. M. U. T. Magyar Urológiai Társaság.

F E L S Ó L naponként 3 szor egy port**Asthma bronchiale. Asthma cardiale. Szénaláz.**

Részletes irodalom: Kálmán Lehel cég által Budapest, 62.

Az asthma-therápia leghatásosabb gyógyszerei az Asthmacurin-praeeparátumok:

Az Asthmacurin-tablettákmít napra
lorte éjszakára (sec. Dr. Glück)

az asthma-rohamot néhány perc alatt megszüntetik.

Asthmacurin In'ectio (Tongen-Papaverin)**Asthmacurin Inhalatio (solutio)** (Glycirenán helyett)**Asthmacurin cigaretta**

Gyártja és forgalomba hozza:

MINERVA GYÓGYSZERTÁR

VII., Rottenbiller-utca 6/a.

a hashajtókat váltogatni kell!!
neolax "Certa"
 30 db PO 60
 görcs nélkül hat!!

A „LEO RETARD INSULIN” — protamin Insulin — standard készítmény, megbízható, egyenletes hatású**Svábhegyi Szanatórium**

Betegei szabadon választják konzultáló, kezelőorvosukat, kiknek a kezelésre vonatkozó utasításait az intézet orvosai híven követik.

Lahmanszerű kúrákBircher—Benner-féle nyers-diéta

7055—1939. ikt. sz.

Békés vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Békéscsaba m. város közkórházánál megüresedett egy detek.

A segédorvosi állás javadalmazása a XI. fizetési osztály szerinti fizetésen felül természetbeni lakás, fűtés, világítás, segédorvosi és egy kisegítő orvosi állásra pályázatot hirtelmeztetés, utóbbi önköltségi árának 50%-a megtérítendő. A kisegítő orvosi állás javadalmazása havi 80 P.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonat, b) erkölcsi valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt, c) magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító orvosi oklevelet, e) egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, f) polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat, g) közszolgálatra alkalmas, szellemi és testi épiséget igazoló, újkéltű tisztiorvosi bizonyítványt, h) a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat, i) az esetleges szak-képzettséget igazoló okmányokat, j) orvoskamara tagsági igazolványt.

Közszolgálatban állók az említett követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, annak másolatával igazolhatják. A pályázati kérelmeket hozzám címezve, Békéscsaba m. város közkórházának igazgatójánál kell benyújtani. A pályázati határidő ezen hirdeteménynél a Népegészségügy című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 nap. Kellően fel nem szerelt, bélyegtelen, vagy elkészen benyújtott pályázati kérelmeket nem veszek figyelembe. A segédorvosi állásra a kinevezés két évre szól és a kórházi igazgató javaslatára, pályázat meghirdetése nélkül meghosszabbítható. Magánygyakorlat nincs megengedve. A kinevezendő orvos állását a kinevezéskor tartozik elfoglalni.

Gyula, 1939. április hó 21-én.

Dr. vitéz Márki Barna
alispán.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

**Egyik feltétlen mértékadó
klinikai intézetünk
véleménye a**

**SIEMENS-PROGRESS
röntgenkészülékről**

„Ez a teljes automatikus
kapcsolású magyar
szerkesztésű készülék
minden tekintetben
a legtöbbet nyújtja
amit egy modern fél-
hullámu géptől kíván-
hatunk, akár teljesít-
ményről, akár a pontos
szabályozásról és egy-
szerű felvételi tech-
nikáról, akár pedig meg-
nyugtató üzembiz-
tosságról van szó.”

Az automatizált Siemens-
Progress - készülék eddig
harmincnál több hazai
röntgen-laboratóriumban
van üzemben. — Felvilá-
gosítás és bemutatás



**MAGYAR SIEMENS-
REINIGER MŰVEK RT.**
röntgen- és orvostechnikai gépgyár
VI. NAGYMEZŐ-UTCA 4. SZ.

GONORRHOEA PNEUMONIA

frappáns új
chemotherapeuticuma



**A go-t napok alatt gyógyítja. - Leg-
acutebb stadiumban is eredményesen
adható. - A pneumoniát gyógyítja,
egy harmadára csökkenti.**

Klinikai eredmények beszámolóival közlés alatt.

Mintával, közelebbi felvilágosítással készséggel szolgál.

DR. WANDER
GYÓGYSZER ÉS TÁP-SZERGYÁR RT., BUDAPEST

Lökésszerű therapia!

Magyarországon 1939 május 14 től május 20-ig bejelentett hévenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce-rebrosp. e.		Pollomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.		Varicella		Pertussis		Influenza complic.		Malaria		Typhus exanth.	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	157.551	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	30	2	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	115.387	2	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.803	3	—	—	—	1	—	4	—	13	—	1	—	—	—	—	—	31	2	7	2	8	—	—	—	—	—	—	—
4. Bars és Hont	145.389	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	27	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Bereg és Ugocsa	162.173	3	—	—	—	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	4	—	3	—	117	—	—	—	—	—	—	—
6. Békés	339.708	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	12	3	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—
7. Bihar	183.857	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	16	—	4	—	7	—	—	—	—	—	—	—
8. Borsod	298.610	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	5	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—
9. Csanád-Arad-Torontá	174.715	—	—	—	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	29	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Csongrád	147.834	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	6	2	2	—	—	—	—	—	—	—
11. Esztergom	101.932	1	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Fejér	230.967	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	7	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Gömör és Kishont	104.459	2	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Győr-Moson	157.476	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	12	1	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—
15. Hajdú	183.748	1	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	31	1	6	—	7	—	—	—	—	—	—	—
16. Heves	324.836	1	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	17	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	1	—	14	2	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Komárom	287.234	2	—	—	—	—	—	5	—	10	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Nógrád	256.727	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	14	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Nyitra és Pozsony	190.811	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	8	—	—	—	3	—	13	—	49	—	1	—	—	—	—	—	29	21	26	1	5	—	—	—	—	—	—	—
22. Somogy	391.883	2	—	—	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	—	2	—	19	4	1	1	35	—	—	—	—	—	—	—
23. Sopron	141.863	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24. Szabolcs	429.614	2	2	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	3	—	—	—	89	6	17	—	63	—	—	—	—	—	—	—
25. Szatmár	137.494	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	13	—	6	—	72	—	—	—	—	—	—	—
26. Tolna	264.410	1	—	—	—	—	—	3	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—
27. Ung	73.269	1	—	—	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	48	—	—	—	—	—	—	—
28. Vas	271.102	2	—	—	—	—	—	4	1	1	—	1	—	—	—	—	—	25	2	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—
29. Veszprém	249.509	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	17	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30. Zala	370.132	4	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	1	—	—	—	11	7	1	—	49	—	—	—	—	—	—	—
31. Zemplén	198.948	—	1	—	1	1	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	21	12	—	—	72	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.067.124	1	—	1	—	4	—	15	—	58	—	—	—	—	—	—	—	33	67	20	2	2	—	—	—	—	—	—	—
III. Debrecen	127.817	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	30	4	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	51.115	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	11	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.076	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kassa	58.082	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
VII. Kecskemét	83.559	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Miskolc	67.373	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX. Pécs	73.204	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	1	4	3	2	—	—	—	—	—	—	—
X. Sopron	35.974	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Szeged	140.671	—	—	—	—	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	65	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
XII. Székesfehérvár	42.253	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	10.110.543	47	3	1	—	25	—	95	2	207	1	11	4	5	—	3	1	875	186	187	13	512	—	—	—	—	—	—	—

M A L T I R O N

Prof. Hainiss előírása szerint készített, az írónak megfelelő fehérjedús, zsirszegény, szénhidrátokkal kiegészített gyógytápszer

Hasmenéses bélzavarok kezelésére

Javallva: Dyspepsia, dysenteria, entero-colitisek és exsudatív diathesis bélmanifestációi eseteiben

Alkalmazása: a hasmenést csökkentő gyógytáplálékoknál szokásos irányelvek szerint

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor-útca 15. szám,

Két év alatt **59** közlemény
foglalkozott bel- és külföldön

Rubrophen *Chinoïn*

a világhírű magyar gümőkórellenes
festék-chemotherapeuticum
k i m a g a s l ó h a t á s á v a l

mindennemű extrapulmonalis tbc. és
idült primaer polyarthrititis esetekben

Kívánság esetén teljes irodalom rendelkezésre áll.

INJECTIO

TABLETTA

KENOCS

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatják:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Belák Sándor: A kutatás kora. (557—559. oldal.)

Kollarits Jenő: Az élettani és hyperpyresis-nedvesség és a telítettség-deficit a mátrai Somorréten és a Rózsadombon. (560—563. oldal.)

Czibor Pál: Központi idegrendszeri syphilis vitamintherapiája. (563—566. oldal.)

ifj. Mauks Károly: A testsúlymérés jelentősége a terhességi mérgezések korai felismerésben. (566—568. oldal.)

Vondra Nándor: A sulfamid-készítmények okozta ártalmakról. (568—570. oldal.)

Benderek István: Gyógymasszázs és mechanoterápia. (570—574. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (93—96. oldal.)

Irodalmi szemle. Könyvismertetés: (574—577. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei Lapszemle: (577—579. oldal.)

Vegyes hírek. Heti rend: (580. oldal és a borítolap III. és IV. oldalán.)

A kutatás kora.

A Rheuma- és Fürdőkutató Intézet sajtóbemutatója alkalmából tartott megnyitó beszéd.

Elmondotta: *Belák Sándor dr.* egyet. ny. r. tanár az intézet igazgatója.

Nekem, mint a Rheuma- és Fürdőkutató intézet igazgatójának feladatomban, hogy ismertessem Önök előtt az intézet keletkezését, szervezését, célkitűzését, jelentőségét abban a feladatkörben, amelyet Budapestnek mint fürdővárosnak fellendítésében és felemelésében betölteni hivatott. Ennek a feladatnak alig tudnék megfelelni anélkül, hogy előzőleg a kutató munka általános jelentőségéről ne szólnék néhány szót. Nagyon sokan, talán a legtöbben nincsenek t. i. tisztában azzal, hogy mit jelent a kutatás, mint a kultúra és a civilizáció módszere az egész emberiség történelmében. A kutatás röviden azt jelenti, hogy megfigyelve a természet jelenségeit közöttük oki összefüggéseket keresünk és ezen összefüggésből levont következtetéseket a magunk számára hasznosítjuk. A természethez intézett miként és miért kérdéseinkre keresünk választ a tapasztalt vagy mesterségesen előállított u. n. kísérleti jelenségekben és az igazi kutató szellem az, amelyik ezen kérdéseket minél gazdagabban tudja feltenni, más szóval a problémákat meglátni. Ez a kutató szellem csak a legújabb kor küszöbén kezdett magának és pedig először a szűkebb értelemben vett természettudományok terén szélesebb körű érvényt szerezni és azt hiszem nem tévedek, ha azt állítom, hogy ennek a kornak a megszületése éppen a kutató szellem kihatásának köszönhető. S ha én ezért ezt a mai kort, az emberiség történetének ezt a legifjabb korát, kialakulásának szellemi rügője szerint akarnám elnevezni, akkor azt gondolom reá a „kutatás kora” elnevezés illenék legjobban. Az emberiség kulturtörténete egészen élesen határolódik el ezen kutató szellem érvényrejutásával. A régi, évezredes nagy kulturákat és az ezeket követő, semmi önállóságot, semmi fejlődést nem mutató, csak a régiek tételeit majmolóan recitáló középkort egészen élesen választja szét a maitól az a körülmény, hogy a chemiában, a

physikában, a biológiában, az orvostudományban a mai értelemben vett kutató, kísérletező szellem kapott láb-
ra. Ez eredményezte a technika óriási fejlődését is, ami annyira átalakította az ember életét mind gazdasági, mind kulturális vonatkozásban, hogy azt a régiekéhez hasonlítani egyáltalában nem lehet. Úgyszintén nem lehet a régivel összemérni a biológiai tudományoknak, az orvostudománynak, állat és növénytanak mai teljesítőképességét sem.

A kutató szellem azonban nem állt meg a szűkebb értelemben vett természettudományoknál és az orvostudománynál, hanem áttevődött az emberi élet egyéb, nevezetesen társadalmi és gazdasági vonatkozásaira is. Vagy másszóval kifejezve ugyanazt: az emberélettel feladatköre a testi élet szűkebb határaitól kiterjeszkedett a társadalmi és gazdasági vonatkozásokra is és megszületett az ugyancsak kutató módszerekkel táplálkozó *társadalmi- és gazdasági élettan*. A manapság annyira divatos gazdaság-, konjunktúra-, falu-, stb. kutatás is tehát ennek a *történelmi kort* alkotó, kutató szellemnek a terjeszkedését jelenti. Mi természetkutatók nagy örömmel látjuk ezeket a jelenségeket, mert tudjuk, hogy amiként ez a szellem a mi tudományunkat naggyá és hasznossá tette az emberiség számára, éppen úgy naggyá és hasznossá válnak ezen objectív, következetes, természettudományi megítélés alatt a társadalmi és gazdaságtudományok is.

Ha pedig most már azt kérdezem, hogy ennek a kutató szellemnek ilyen nagymérvű elterjesztése minek köszönhető, akkor legelsősorban is a főiskolák gyakorlatias, kísérletező tanítási módszereire, valamint a szak-sajtónak immár szinte félelmetes arányokat öltő méreteire kell utatnom. De kiveszi a maga részét ebből a komoly napisajtó is, mert hiszen a sajtó komoly része is *tudatosan, vagy tudat alatt szintén folyton* kutat. Egyes emberek, egyesületek, pártok, érdekkörök, társadalmak, vagy országok életeseeményeinek megvitatásában újra és újra az események rugói, következményei, kapcsolatai helyzetnek ilyen vagy amolyan megvilágításba, tehát a komoly sajtó működése a kutatás principiumait máris magában rejti. Hiszem azonban azt, hogy ha egyszer majd a sajtó minden tevékenysége, az egész vonalon *tudatosan* is ennek a kutató szellem-

nek jegyében és a kutatás módszereinek segítségével fejtí ki működését, még sokkal inkább fogja szolgálni ennek a mai „kutató kor”-nak fejlődését.

Az elmondottak alapján érthető az az általános törekvés, hogy különböző feladatok megoldása céljából kutató intézetek állíttatnak fel. Manapság szerte a világban rengeteg ilyen kutatóintézet működik, amelyeket vagy közületek, vagy magánosok táplálnak anyagiakkal. Ennél a pontnál azonban ismét egy általános kérdést kell szövétennem, nevezetesen a *hazai kutatás kérdését*. A kutatás mindenképpen sok pénzbe kerül, a reá fordított összeg a befektető szempontjából nem mindig jelent biztos befektetést, mert a munka eredményét — legalább is helyi és időbeli vonatkozásban — előre látni nem lehet. S miután sok minden téren bőségesen működnek kutatóintézetek a külföldön, azért nálunk itt-ott *axióma-szerűleg* elhangzik az a vélemény, hogy „szegény ország ne kutasson”, s miután mi is szegény ország vagyunk, azért mi se költsünk kutatásra, hanem vegyük át közvetlenül a külföldi eredményeket. E véleménnyel szemben le kell szögezmem, hogy ez csak a kutatás lényegének és jelentőségének a nem ismeréséből fakadhatott. A kutató munka célja és jelentősége t. i. kétirányú, első és főcélja bizonyos új eredmények, megállapítások elérése, második a kutató szellem ápolása, fejlesztése és terjesztése. A kettő egymással szorosan összefügg, de az utóbbival akarnám kezdeni. Az imént a „*kutató-kor*”-ról beszéltem és mindenki előtt magától értetődőnek kell, hogy lássék az, hogy ennek a kutató kornak a lényege éppen az, hogy a kutató szellem hatja át; kíváncsatos tehát, hogy minél több emberben éljen ez a bizonyos pszichikai beállítottság, amely a kutatót jellemzi. Ez a szellem másképpen, mint igazi átélés, teljes átérés útján el nem sajátítható. Ez az élettapasztalatnak egy sajátos esete, amelyet teljes egészében értékelni csak az tud, aki maga is átélte. Ezt könyvből megtanulni, egyszerűen átvenni nem lehet. Ezt a szellemet tanítani, ápolni, terjeszteni kell, de tanítani és terjeszteni csak *önálló kutatások* végeztetése által lehet. Azzal, hogy valaki elolvas egy külföldi cikket, ha önmaga nem kutató, még távolról sem veszi át a kutató szellemet és nem szerzi meg a megfelelő élettapasztalatokat éppen olyan kevéssé, mint ahogyan az ember elolvas pl. egy katonatörténetet, még távolról sem impregnálta magát a katonaleletnek azzal a sokszínű, testet és lelket formáló tapasztalatával, amely az igazi katonát áthatja és amely egész életére kihatással van. A kutató szellem megszerzése *minden tudományos eredménytől eltekintve* is azt jelenti t. i. hogy az illetőnek az életben egész magatartása, hivatásának teljesítése, egyéniségének kihatása a környezetére, a társadalomra, ennek a kort formáló kutató szellemnek jegyében történik. Ha mi tehát itthon nem törekszünk arra, — nagy anyagi áldozatok árán is —, hogy minél több kutató szellemben nevelt ifjúságunk legyen, akkor kiesünk ennek a kornak a szelleméből is, ezzel nemzeti és történelmi hivatásunkból. Ami pedig a kutatás *eredményeinek hazai viszonyait* illeti, azt hiszem nem szükséges bővebben kifejtenem azt, hogy a nemzetközi kutató munka a mi magyar munkánkat nem pótolhatja. Külföldi eredményeket minden adaptálás nélkül áttenni a hazai viszonyokra szinte lehetetlen, hiszen majd minden téren annyi sajátos geographiai, geologiai, meteorologiai, biologiai, faji, gazdasági, társadalmi és többek között fürdőügyi adottságunk van, hogy ezek külön hazai tudományos megítélést igényelnek, amelyek csakis hazai munkával elégíthetők ki. Tehát bármennyire szegény ország vagyunk is, ezért *kutatnunk kell, mert kutató munkára szorosabban vett*

nemzeti céljaink érdekében is múlhatatlanul szükségünk van.

★

Ez a most leírt korszellem érlelte meg a reuma- és fürdőkutató intézet felállítását; de a mondottakon felül *Karafiáth* öexcellenciáját erre még a kérdés *egészségügyi és fürdőügyi* része is sarkalta.

A reumakérdés közegésszégügyi oldalára talán leginkább *Barla-Szabó József dr.* öméltóságának azon előadása nyomán tudok rávilágítani, amelyet legutóbb a balneologiai egyesület congressusán tartott. Az ő adatai t. i. azért fontosak, mert egyedül az OTI, illetőleg a biztosító intézetek vezetnek a reumás betegségekről megbízható statistikát. Szerinte 1936-ban országosan biztosított 961.376 biztosított közül (családtagok nélkül) 12.987, vagyis az összeseknek több mint 1.3%-a szenvedett reumában és kapott átlagban 47 napon át táppénzt. 1932-ben Budapesten és Ujpesten 1053 OTI biztosított részesült kórházi ápolásban reumás betegség miatt. Ha tehát ezen adatok alapján elgondoljuk azt, hogy a reumás betegségek Budapest székesfőváros, vagy az egész ország népességének megbetegedésében milyen jelentős szerepet visznek és ha tudjuk, hogy e betegségek gyógyításában éppen azoknak a fürdőkúráknak jut az elsőbbség, amelyekkel Budapest a természet ajándékaént olyan gazdagon el van látva, akkor nyilvánvaló, hogy a kérdés közegésszégügyi szempontból minden figyelmet megérdemel.

Utoljára hagytam annak a szempontnak a tárgyalását, amely a fővárosi fürdők *gazdasági érdekeit* tekintve a leglényegesebb, t. i. magát a fürdőügyi szempontot. Az a kérdés, hogy mit várhat az érdekelt Gyógyhelyi Bizottság és ennek révén a főváros a kutató intézettől? Röviden válaszolhatnánk rá: a legobjectivebb, a legegészségesebb és a legátütőbb reklámot, amely reklám lesz annak ellenére, hogy magának az intézetnek a munkája távolról sem a reklám, hanem a legkomolyabb orvosi kutatómunka jegyében folyik. A kutató intézetek ilyen természetű kihatását egy classikusnak mondható példával szeretném megvilágítani. Egyike az első hasonló kutatóintézeteknek a davosi „Schweizerisches Institut für Hochgebirgsphysiologie und Tuberkuloseforschung” volt két osztályával, az élettannal és a meteorologiaival. Az utóbbi osztály élén annak idején *Dorno*, az orvos állott, aki a napsugárzás fizikai viszonyainak és élettani hatásainak tanulmányozásával a davosi intézetnek olyan hírnevet szerzett, hogy az a sugárzás tudománya terén nemzetközi központtá vált. És hogy éppen Davos lett a tuberculosos-gyógyítás általánosan ismert és nemzetközi viszonylatban is annyira sokrabecsült gyógyhelye, az legnagyobbbrészt e kutató intézet, illetőleg *Dorno*, mondhatnám majdnem tisztán theoretikus természetű munkásságának köszönhető. Mert van az emberi psychében valami, amit soha senkinek elhanyagolni nem szabad, aki az emberekre hatni, azokat irányítani akarja. Az ember mindig sokkal inkább hajlandó elhinni azt, amit meg is tud magának magyarázni, mint azt a meztelen pusztá tény, amely mellett értelmetlenül áll. Ha én egy fürdővel meg tudok gyógyítani egy beteget, ezt a pusztá tényt az ember tudomásul veszi ugyan, de ha ehhez semmiféle gondolatot, okadatolást kapcsolni nem tudok, akkor ezen tény egyszerű tudomásulvételének távolról sincs meg az a kihatása, mintha meg is tudom mondani azt, hogy ez a fürdő miért és hogyan hatott. Nagyon természetes, hogy ez jelen esetben talán nem annyira a laikus közönségre, mint inkább annak az orvosnak az állásfoglalására vonatkozik, aki a beteget a fürdőbe küldi.

Az orvostudomány történetében nem egyszer találkoztunk azzal az esettel, hogy kézzelfogható tények — egyszerűen azért, mert értelmezni nem tudjuk őket — sokkal kevésbé mennek át az orvosi köztudatba, mint mások, amelyekhez valamilyen magyarázatot tudunk fűzni.

Amiért a kutatóintézet még ezen kívül hasznót hoz az az a körülmény, hogy a rheuma- és a fürdő, továbbá az ivókúrákra szoruló betegségek terén még tényleg sok mindent nem ismerünk és ezért a javallat, az indicatio felállítása a fürdőkúra mikéntje, tartama, stb. tekintetében *szabatosabb ismeretekre* van szükségünk, ami csak kutatás árán érhető el. E téren egyik legfontosabb teendőnek tartom azt is, hogy a kórélettani viszonyok tisztázása és ezzel kapcsolatosan a diagnosztikai eljárások kifinomítása révén ki tudjuk választani azokat a betegeket, akiknek a fürdőkúrák nem valók, illetőleg betegségük azon stádiumát, amelyben a fürdőkúra nem hozza meg a kívánatos eredményt. Ez a selectio természetesen orvosi szempontból is rendkívül fontos, de fontos azért is, mert ezek a betegek a fürdőnek nem hogy hasznót nem hoznak, hanem az eredménytelenség ellenreklámja révén egyenesen kárt okoznak.

Általában véve a mi munkánk, a kutató intézet munkája csak másodsorban szól a laikus közönségnek, elsősorban az orvosoknak; és az orvostudománynak kíván szolgálatára lenni azzal, hogy az idevonatkozó betegségszempontot mélyebben megismerjük és a fürdőkúrák gyógyító erejét illető évezredek gyakorlati tapasztalatait a modern tudomány világosságánál újjáélesszük és felkeltsük ezek iránt ismét azt a régi bizalmat, amelyet a gyógyszeres therápia nagy elméleti alapon nyugvó, ugyancsak a széleskörű kutatómunkából folyó előretörése az utóbbi évtizedekben elhomályosított.

A fürdők tudományának elmélyítéséhez és hasznosításához tartozik az a feladatunk is, hogy a tudományos munkában részesítés útján olyan fiatal orvosgenerációt neveljünk, amelynek érdeklődési köre ide irányul és amely gondolatilag és methodikailag is abban a helyzetben lesz, hogy az egész kérdést tovább művelje, szélesbítse és kutató beállítottságával megszerzett nagyobb tudásanyagával a beteg embernek, az orvostudománynak és a fürdőknek is minél nagyobb hasznára váljék.

Manapság hasonló megfontolások alapján szerte Európában és az egész világon igen sok fürdőkutató intézet működik különböző célkitűzésekkel és osztályokkal, amelyek az illető fürdő adottságának leginkább megfelelnek.

*

A kutatóintézet szükségességének felismerése után felmerül az a kérdés, hogy az milyen formában létesíttessék. Az egyik terv, amely mellett nagyon nyomós okok szóltak azt volt, hogy a kutató intézet számára egy külön épület emeltessék, amelyben úgy a laboratóriumok, mint pedig a szükséges betegágyak nyertek volna elhelyezést. Ez bizonyos végleges állapotot jelentett volna ugyan, de egyszerre nagyobb összeget igényelt volna. *Karafiáth* öccsellentíája a mostani megoldás mellett döntött, amelynek alapfogolata az, hogy a kutatóintézet — legalább egyelőre — az egyetem orvosi fakultásával kapcsolassék össze, úgy mint az külföldön is több helyen megvan. Ehhez a kultuszminisztérium is megadta a hozzájárulást. Ennek a megoldásnak előnyei a következők:

A kutató munkát az a testület, az orvosi fakultás, illetve annak egy kiküldött 5 tagú bizottsága irányítja,

amely a munka eredménye tekintetében a legtöbb objectivitást biztosítja.

A kutató munka olyan intézmény kezébe van leftéve, amely erre a munkára sajátos tudományos beállítottságánál fogva eleve hivatott.

Ez a megoldás a legkevesebb pénzbe kerül, mert nem kell hozzá épület, sem véglegesen kinevezett személyek és bizonyos alapfelszerelés is megvolt.

A munkát szinte azonnal meg lehetett kezdeni, mert nem kellett várni az épület megépítéséig és az intézet beállításáig.

Igy mód volt arra, hogy egy már meglévő kutató munkát végző intézet vezetője és személyzete is az ügy szolgálatába állíttassék, míg más megoldás esetén a megfelelő gondolatvilággal rendelkező tudományos munkások kitermeléséhez valószínűleg több idő kellett volna.

Az egyetmi légkör a rheuma és fürdőügy iránti érdeklődő fiatal orvosnemzedék nevelésére a legalkalmasabb.

Ezen megfontolások alapján nyert elhelyezést az intézet központja és I. osztálya ebben az én intézetemben. Itt folyik a központi administratio és az elméleti orvosi munka. Ezenkívül az intézetnek van még egy II. klinikai osztálya, amely *Herzog Ferenc* prof. irányítása és *bilkei Pap Lajos* egy. m. tanár, e. ü. főtanácsos vezetésé alatt áll és egy III. kémiai osztálya, amelynek élén *Hunkár Béla dr.* a szfv-i vegyészeti intézet igazgatója áll. A klinikai osztály betegágyai számszerint 24, az egyes fürdőkben vannak elhelyezve. Ez a megoldás a betegek szétszórtsága miatt kétségtelenül nehézkes, de viszont előnye az, hogy az észlelés nem valamely semleges helyen, hanem ott a helyszínén történik, ahol a fürdő fekszik és ezáltal kielégítést nyer a különböző fürdők érdeke is, valamint az az óhajtasunk, hogy a kutató intézet munkájában lehetőleg minden fürdő bevonassék.

Ezen elgondolások kielégítéseken még meg kell említenem azt, hogy az intézet költségvetése gondoskodott arról is, hogy a tudományos hasoncélú munkát ne csak az intézet keretein belül, hanem azonkívül is támogatassuk; nemkülönben gondoskodtunk arról, hogy idegenek, külföldiek is jöhessenek hozzánk dolgozni és így problémáink és fürdőink a külföld kutató-orvostársadalmába előtt is ismeretessé váljanak. Így azon országok orvostársadalmát, amelyektől fürdőink támogatását illetőleg a legtöbbet remélhetünk, a tudomány objectív láncával fűzzük szorosabbra budapesti fürdőintézményeinkhez.

Munkánk névleg a múlt év júniusában indul meg, de a zavaros külpolitikai helyzet, az emberek behívása miatt igazán teljes erővel csak 4—5 hónapja vehette kezdetét. Már ez idő alatt is több tudományos közleményt bocsátottunk útnak és a munkában lévő témák máris — mondhatnám — nem várt szép eredményeket hoztak napvilágra. Ezek azonban kimondottan orvosi szakérdeklődésre tarthatnak számot és ezért ezekről orvosi szakkörök előtt fogunk beszámolni.

Felhívjuk az igen tisztelt Kolléga Urak figyelmét az *Asthmacurin* praeparatumokra (sec. dr. Glück). Tabletta kétféle erősségben készül; mite: nappali használatra; forte: éjszakai használatra. Enyhébb dyspnoek esetében az *Asthmacurin* cigaretta mint expectorans hat. Hideg porlasztásra dyspnoek ellen *Asthmacurin* inhalatiót ajánlunk. Imminens rohamok ellen *Asthmacurin* injectio (adrenalin-papaverin).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A mátrai Horthy Miklós-Gyógyintézet közleménye.
(Igazgató-főorvos: Genersich Andor.)

Az élettani és hyperpyresis-nedvesség és a telítettség-deficit a mátrai Somorréten és a Rózsadombon.

Írta: Kollarits Jenő dr., egyet. c. rk. tanár.

A Schweizerische med. Wochenschrift ezidei évfolyamában kifejtettem, hogy az élettani nedvesség, azaz a levegő nedvességének az egészséges ember 36.5, illetve 37 °C testhőmérsékre beállított vonatkoztatása (Karl Spengler) nem felel meg minden követelménynek. A hiányosság pótlására a kórélettani, pontosabban a hyperpyresis-nedvesség fogalmát vezettem be, amely magában foglalja a láz alatt álló (subfebrilis) és a lázas állapot különféle testhőmérségeinek megfelelő viszonyokat. Ugyanebből az okból az eddig csupán a rendes testhőmérsékre vonatkoztatott telítettségdeficit mellé a hyperpyresis telítettség-deficit fogalmát állítottam, amivel tudtommal eddig szintén senki sem foglalkozott. Említett munkámban a megfelelő adatokat hét svájci helyre számítottam ki. Jelen dolgozatom ugyanezeket a számításokat a mátrai Somorréten (700 m.) és Budapest-Rózsadombra végzi el.

I. A viszonylagos nedvesség havi átlaga az 1932—37. években a mátrai Somorréten és Budapest-Rózsadombon.

A mátrai Somorrét és Budapest-Rózsadomb klímájának összehasonlítása már több tekintetben volt vizsgálat tárgya. Genersich Andor közölte, hogy a mátrai Somorrét hőmérséke és párányomása alacsonyabb Budapest-Rózsadombéinál és hogy ennek következtében a Horthy Miklós-Gyógyintézet betegei nem szenvednek a nyári fülledtségtől, télen pedig a levegő szárazabb volta miatt jobban tűrik a hideget. Genersich a Somorrét kedvezőbb lehűlés-értékeivel külön dolgozatban is foglalkozott, kimutatva, hogy ezek által betegek a meghűlés veszedelemének kevésbé vannak kitéve. Zinhobel görbékbe foglalva adta az 1932—35. évek átlagos maximum- és minimum-hőmérsékzeit, valamint a levegőnedvességet az élettani nedvesség alakjában. Kiderült ezekből is, mennyire kedvezőbbek a mátrai Somorrét klímás viszonyai, mint Budapest-Rózsadombéi. Zinhobel ismertette azonkívül a mátrai Somorrét kedvezőbb szél- és napsugárzásviszonyait is.

Számításaimból példaképp álljanak itt a mátrai Somorrét és Budapest-Rózsadomb 1932—37. évek január és július hónapjainak élettani és hyperpyresis-nedvességeinek középszámai 36.5, 37, 38, 39, 40, 41, 42 °C testhőmérsékre számítva:

Január:	36.5	37	38	39	40	41	42
Budapest-Rózsadomb	8.94	8.71	8.28	7.87	7.48	7.12	6.78
Somorrét	7.86	7.66	7.28	6.92	6.58	6.26	5.96
Különbség:	1.08	1.05	1.00	0.95	0.90	0.86	0.82
Július	36.5	37	38	39	40	41	42
Budapest-Rózsadomb	28.16	27.45	26.09	24.80	23.58	22.43	21.35
Somorrét	26.06	25.41	24.15	22.96	21.83	20.77	19.77
Különbség:	2.10	2.04	1.94	1.84	1.75	1.66	1.58

Ezekből az adatokból, valamint az itt nem közölt hónapokból is látni, hogy a mátrai Somorréten az élettani nedvességek és a hyperpyresis-nedvességek kedvezőbbek, mint Budapest-Rózsadombon. A különbségek nyers számai télen kisebbek, nyáron nagyobbak, de százalékban télen nagyobb a különbség, kerek 14%,

nyáron kisebb, kerek 8%. Tekintetbe kell venni azonban, hogy a magaslatra vonatkozó elméleti számítások ezek rovására hibásak. Ugyanis, mint azt már Genersich Andor kifejtette, a levegő síkföldi sűrűsödésében, illetve magaslati ritkulásában annak alkotórészei nem egyenlően vesznek részt. A vízgőz ugyanis a tenger szintjén sokkal jobban sűrűsödik, mint a levegő egyéb gázai, ritkulása a magaslaton pedig erősebb, mint a többi gázoké.

A közölt számadatokból azt is meg lehet állapítani, hogy a mátrai Somorrét és Budapest-Rózsadomb élettani, illetve hyperpyresis-nedvességeink különbségei a magasabb testhőmérsékeken számban ugyan kisebbek, de százalékban egyenlőek. Látni továbbá, hogy az élettani nedvesség mind a két helyen már a testhőmérséknek 36.5 °C-ról 37 °C-ra emelkedéskor esik és hogy a hyperpyresis-nedvesség a test hőmérsékének emelkedésekor fordítva arányosan viselkedik, azaz esik. Az esés elég tetemes, januárban a test hőmérsékének 37 °C-ról 42 °C-ra emelkedésekor Budapest-Rózsadombon számszerint 1.93, a mátrai Somorréten 1.70, mind a két esetben kerek 22%; júliusban Budapest-Rózsadombon szám szerint 6.10, a mátrai Somorréten 5.64, ugyancsak kerek 22%. Ez a 22%-os különbség mutatja, hogy a hyperpyresis-nedvesség kórélettani tekintetben el nem hanyagolható jelenség. Ez a % az összes egyes hónapokban és a svájci állomásokon is ugyanaz.

Lássuk már most a nedvességek esését fokról-fokra a testhőmérsékeknek 37 °C-ról 42 °C-ra emelkedésekor százalékban. Rövidség kedvéért itt is csak a január és július havi középszámaikat iktatom ide és azokat is csak a mátrai Somorrétről.

Testhőemelkedés:	A hyperpyresis-nedvesség esése			
	számban		% - ban	
	jan.	július	jan.	július
37-ről 38 °C-ra	0.38	1.26	4.96	4.96
38-ről 39 °C-ra	0.36	1.19	4.95	4.93
39-ről 40 °C-ra	0.34	1.13	4.91	4.92
40-ről 41 °C-ra	0.32	1.06	4.86	4.86
41-ről 42 °C-ra	0.30	1.00	4.79	4.81
Összesen: 37-ről 42 °C-ra	1.70	5.64	22.19	22.20

Látszik ebből, hogy a hyperpyresis-nedvesség esése a testhőmérsék fokról-fokra emelkedésekor úgy számban, mint %-ban csökken. Bemutatásra a legtisztábban szóló sorozatot választottam ki. Nem mindegyik sor ilyen szabályos. Így például Budapest-Rózsadombon az esés százalékaiknak sorára januárban a következő számokat kaptam: 4.94, 4.95, 4.96, 4.81, 4.78, míg júliusban ez a sor is szabályos: 5.32, 4.94, 4.92, 4.88, 4.81. Az ilyen zavarokat az el nem kerülhető hibaforrások számlájára írhatjuk. A jelenség törvényszerűségét ez nem zavarja meg. Lászik ez abból is, hogy összes svájci és magyar adataimban, még ott is, ahol az esés százalékszámában az egyes fokokban ingadozások vannak, a testhő 37 °C-ról 38 °C-ra emelkedésekor nagyobb a hyperpyresis-nedvesség százalékos csökkenése, mint a testhő 41 °C-ról 42 °C-ra emelkedésekor.

II. Az élettani és hyperpyresis telítettség-deficit.

Minthogy tudtommal még magyar nyelvű munka az élettani telítettség-deficittel nem foglalkozott, legelőször is annak havi menetét adom az 1932—37. évek havi átlagaiban a mátrai Somorréten és Budapest-Rózsadombon 1 m³ levegőre gr.-ban:

	Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.
Somorrét	40.55	40.64	39.39	38.11	36.67	33.87
Bp.-Rózsadomb	40.09	40.03	38.62	37.31	34.48	33.17
Különbség:	0.46	0.61	0.77	0.80	1.19	0.70

	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.	Dec.
Somorrét	32.75	33.23	34.43	36.68	38.64	39.83
Bp.-Rózsadomb	31.86	32.17	33.76	36.00	37.88	39.37
Különbség:	0.89	1.06	0.67	0.68	0.76	0.46

A 6 év havi középértékének menete tehát a következő: A görbe legmagasabb értékei januárban és februárban vannak, azután hónapról-hónapra esve, júliusban szűkülnek legmélyebb. Augusztustól decemberig az emelkedés hónapról-hónapra ismét fokozatos, de a december havi szám csak a közelébe ér a januárinak, anélkül, hogy azt elérné. Ez a menet mind a két helyre vonatkozik. Amikor a telítettség-deficit nagy, ez azt jelenti, hogy nagy a különbség a tüdőben foglalt levegő és a szabad levegő páratartalma között, azaz, hogy a szabad levegő páratartalma csekély, a levegő száraz. Amikor a telítettség-deficit kicsi, ez azt jelenti, hogy a szabad levegő páratartalma nagy, a levegő nedves. A fent közölt számok szerint a levegő páratartalma mind a két helyen a három téli hónapban a legkisebb, ellenben a nyári hónapokban, legkifejezettebben júliusban a legnagyobb. Ez érthető, mert a meleg levegő több vízgőzt tud felvenni, mint a hideg.

Bár a havi menet a két helyen egyezik, görbéje mégsem változik egyenlő arányban. Ez kiderül, ha a két hely közt fenálló különbségeket vizsgáljuk. Ez a különbség, mint a fent közölt számokból látjuk, januártól májusig fokozódik. A fokozódás azonban június és júliusban megtorpan. Augusztusban ismét nagyobb a különbség, azután csökken és némi október-novemberi ingadozás után decemberben leesik a januári fokra. Ha ezeket a viszonyokat az élettani nedvességeivel hasonlítjuk össze, láthatjuk, hogy a két hely élettani nedvességkülönbségeinek görbéje pl. 37 C°-on januárban 1.05, februártól májusig 1.38, 1.76, 1.82, 2.72-re emelkedik, júniusban és júliusban 1.58-ra, illetve 2.04-re torpan, augusztusban 2.42-vel a májusi szint közelébe tér meg, azután ingadozásokkal esik 1.52, 1.56, 1.73-ra, decemberben 1.03-ra. Amint látjuk, az október-novemberi ingás pontosan felelkezik a telítettségdeficit ugyane havi ingásával.

A két hely telítettség-deficitje minden esetben a mátrai Somorrét javára dől el. Ha összehasonlítjuk egymással az élettani nedvesség és a telítettség-deficit levegőszárazság-jelző értékét, azonnal szembeszökik, hogy az élettani nedvesség tökéletesebb, mert kisebb számok szembeállításakor nagyobb ezek különbsége a két helyen, míg a telítettség-deficit nagyobb számokat állít sorompóba kisebb különbségekkel. Az élettani nedvességnek ezt az értékét úgy fejezhetjük ki legjobban, hogy mutatója nagyobb skálán mozog, mint a telítettség-deficité, tehát érzékenyebb számszám. Még feltűnőbb ez azokon a svájci helyeken, ahol nagyobb a tengerszint magasság különbsége. A 277 m. magasan fekvő Basel élettani nedvességeinek sok év január havi átlaga 37 C° testhőmérséken számításom szerint 10.32, az 1600 m. magas Davosé ugyanakkor 6.35, a különbség Davos javára 3.97. Ugyanarra az időre és testhőmérsékre Baseln 39.38, Davosra 41.12 gr. telítettség-deficitet számoltam ki, amikor is a különbség Davos javára csak 1.74.

Érdekes eredményeket ad az élettani és a hyperpyresis telítettség-deficitje számainak összehasonlítása egymásközt a különféle testhőmérsékeken. Amíg az élettani nedvesség hyperpyresis-nedvességé válva 38 C° testhőmérsékről 42 C° testhőmérsékre haladtában esik, addig a telítettség-deficit a test hőemelkedésével arányosan nő. Lássuk ezt a menetet, rövideg okáért itt sem az összes hónapokban, hanem az 1932—37. évek januárjainak és májusainak középértékében:

	Január:	37	38	39	40	41	42 C°
Somorrét		40.55	42.85	45.25	47.76	50.37	53.10
Bpest-Rózsadomb		40.09	42.39	44.79	47.30	49.91	52.64
Különbség:		0.46	0.46	0.46	0.46	0.46	0.46
	Május	37	38	39	40	41	42 C°
Somorrét		35.67	37.97	40.37	42.88	45.49	48.22
Bpest-Rózsadomb		34.48	36.78	39.18	41.69	44.30	47.03
Különbség:		1.19	1.19	1.19	1.19	1.19	1.19

A két hely között fennálló különbség tehát több év ugyanazon hónapján belül a különféle testhőmérsékeken nem változik. A másik törvényszerűség az, hogy a telítettség-deficit a testhőmérséknek 37 C°-ról 42 C°-ra emelkedésekor bármilyen lett legyen a 37 C°-on talált kiinduló szám, úgy a mátrai Somorréten, mint Budapest-Rózsadombon és mint a Schweizerische med. Wochenschriftben megjelent munkám mutatja, Baseln, Zürichben, Genfben, Luganóban, Davosban, Beversben és Säntisen 12.55 grammal nő. Ez a növekedés azonban fokról-fokra nem teljesen egyenlő, hanem

a test hőemelkedésekor	gr.
37 C°-ról 38 C°-ra	2.30
38 C°-ról 39 C°-ra	2.40
39 C°-ról 40 C°-ra	2.51
40 C°-ról 41 C°-ra	2.61
41 C°-ról 42 C°-ra	2.73

Azaz a felsőbb testhőmérsékeken a számszerű emelkedés nagyobb. Minthogy ez azonban az alapszámok növekedését jelenti, az emelkedésnek ugyanaz a száma nem jelentené annak százalékos mértékét. Ezeket a százalékokat kiszámítva, kiderül, hogy azok fokozatosan csökkennek. Ime az összeállítás:

testhő emelkedésekor	Somorréten	Bp.-Rózsadomb.
jan. július	jan. július	
37 C°-ról 38 C°-ra	5.67	7.02
38 C°-ról 39 C°-ra	5.60	6.85
39 C°-ról 40 C°-ra	5.55	6.70
40 C°-ról 41 C°-ra	5.46	6.53
41 C°-ról 42 C°-ra	5.42	6.41
Összesen: 37 C°-ról 42 C°-ra	30.95	38.32

IV. Az élettani-, illetve hyperpyresis-nedvesség és a telítettség-deficit napi görbéje.

Eddig az élettani és hyperpyresis-nedvesség, valamint a telítettség-deficit havi középértékai érdekelték bennünket, mert csak ezek alkalmasak a mátrai Somorrét és a Budapest-Rózsadomb és a különféle testhőmérsékek egymásközt fennálló viszonyainak összehasonlítására, valamint mindezekben a jelenségekben rejlő törvényszerűségek megállapítására. Ezek a középértékek a hónapok összes napjainak reggeli, déli és esti levegőhőmérségeiből és átlagos nedvességeiből vannak kiszámítva és egy-egy testhőmérsékre szólnak, pl. 37 C°-ra, vagy 42 C°-ra, a nap mindhárom szakában.

Ha már most egy meghatározott beteg görbéjének menetét akarjuk egy meghatározott napon tudni, az illető beteg testhőmérsékének napi ingadozásait is tekintetbe kell venni, mert azok a görbét megváltoztatják. Lássunk erről egy példát.

1938. június 9-én az intézet a következő meteorológiai adatokat és egy betegnek következő testhőmérségeit jegyezte fel:

	Reggel	D. u. (14 ó.)	Este
Levegőhőmérsék	17.4 C°	20.4 C°	14.0 C°
Viszonyl. nedv.	75%	52%	82%
Testhőmérsék	36.8 C°	38.5 C°	36.8 C°

A görbe napi menete ezen a napon 37 C°-ra számítva és ezen a napon az említett tüdőbajos testhőmérsékeire számítva, a következőképp alakul:

	Élet, ill. hyperpyr. nedv. % 37 C° mért testhő	Telítettség-deficit gr. 37 C° mért testhő
Reggel	25.42 25.67 (36.8 C°)	29.5 28.61 (36.8 C°)
14 órákor	21.11 19.34 (38.5 C°)	26.18 29.68 (38.5 C°)
Este	21.16 21.37 (36.8 C°)	31.82 31.38 (36.8 C°)

A változás az említett tüdőbajos esetében reggel és este 0.2 C° testhőmérsékek különbségének megfelelően csak néhány tizednyi, ellenben délben az 1.5 C° testhőmérsékkülönbség következtében a viszonylagos nedvesség százalékszámában betegünkön 1.77-tel kevesebb és a telítettségdeficit 3.50 grammal nagyobb lett.

Ebben az esetben a *tuberculosisra* jellemző, délután legmagasabb testhőmérsékek miatt a legnagyobb változás 14 órákor támadt, míg a többi lázas bajban a legnagyobb testhőemelkedés este köszönt be és ennek következtében este okozza a kérdéses számok legnagyobb eltolódását.

V. A svájci és a magyar helyek összehasonlítása.

A következőkben a Schweiz. med. Wsch.-ben közölt számítások alapján 7 svájci és 2 magyar hely adatait hasonlítom össze. A svájci helyekről csak a Mörikofer említett munkájában megadott „sok” év (mennyi és melyik?) január és júliusi 13½ órára számított levegőhőmérsék-, és viszonylagos nedvesség- adatok állanak rendelkezésemre, a mátrai Somorrétről és Budapest-Rózsadombról az 1932–37 év ugyanazon havi 14 órára vonatkozó számokat vettem összeállításomba. A délutáni félóra különbség ebben a legegyszerűsebb hőmérsékű és vízgőztartalmú napszakban alig okozhat zavart.

Hely Magasság Élettani nedv % 37C°-on Telítettség deficit 37C° ongr.

Január 13½ illetve 14 órákor.

Bpest Rózsadomb	100	9.32	39.82
Lugano	275	10.91	39.12
Basel	277	10.32	39.38
Genf	405	9.61	39.69
Zürich	470	8.45	40.20
Somorrét	700	8.09	40.36
Davos	1600	6.35	41.12
Bever	1710	5.31	41.58
Säntis	2500	4.62	41.88

Július 13½ illetve 14 órákor.

Bpest- Rózsadomb	100	26.46	32.31
Lugano	275	32.63	29.58
Basel	277	26.99	32.06
Genf	405	24.09	33.33
Zürich	470	26.12	32.44
Somorrét	700	24.44	33.18
Davos	1600	19.77	35.23
Bever	1710	15.67	37.03
Säntis	2500	14.48	37.55

Ezekből az adatokból kiolvashatni, hogy a felsorolt helyeken januárban 13½ illetve 14 órákor az élettani nedvesség 37C° testhőmérsékeken valamint a telítettség deficit esése 37C° testhőmérsékeken Budapest-Rózsadomb kivételével pontosan követi a tengerszinti magasság emelkedését Júliusban a budapest-rózsadombon kívül Zürich is kivétel a magasságának meg nem felelő nagyobb nedvességgel.

Látszik ebből Zürichben nyáron és Budapest-Rózsadombon az egyéb helyi viszonyok klimatológiai befolyása a magasságon kívül.

Budapest-Rózsadombnak Luganot, Baselt, Genfet és Zürichet túlhaladó szárazsága fontos tétel Budapest-fürdőváros érdekében a reumás betegségek gyógyításában. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezek az adatok a Rózsadombra vonatkoznak és vizsgálat nélkül nem vihetők át a város minden részére. Svájci megállapításaim

mutatják, hogy kívánatos volna Europa fontosabb városainak élettani nedvességét és telítettségdeficitjeit Budapestével összehasonlítani, a vesebajokra való tekintettel pedig a magyar alföld szárazsági fokát is viszonyítani ezekhez az adatokhoz. Korányi Sándor említette egy ízben, hogy Hazánkban valamelyik ilyen száraz helyére lehetne kellő berendezkedéssel csábítani a télen Egyiptomba járó külföldi vesebajosokat. Az egyes helyek klimás adatainak feldolgozásakor egy táblázat szerint kellene eljárni és a nyert adatok az enyéimmel csak akkor volnának egybevezethetők, ha a *Dorr-Schlein* táblázaton épülnének fel, ha továbbá az élettani nedvességet kiszámító egyenletben az abszolút nedvesség helyett nem a párányomás szerepelne, mint Mörikofer-nál és ha a telítettségdeficit grammadatokban és nem mm Hg-ban volna megadva.

A svájci helyekkel történt összehasonlítás a mátrai Somorrétnek nem csak száraz voltát bizonyítja, hanem azt is, hogy ebben az összehasonlításban a Somorrét Budapest-Rózsadommbal szembeállítva már egy aránylagosan száraz helyen tesz túl, előnye tehát más Budapestnél nedvesebb helyek fölött még nagyobb.

A Somorrét és Davos összehasonlításában az élettani nedvesség különbsége januárban 1.74% júliusban 4.67%, a telítettség deficit különböző volta januárban 0.76 g, júliusban 2.04 g. A különbség januárban meglepően csekély, különösen ha számba vesszük, hogy Davosban a téli kúrák állanak a nagyobb hirben és azt, hogy Davos 900 m-rel magasabban fekszik mint a Somorrét.

A közölt davosi és somorréti élettani nedvességek és élettani telítettség deficitek számai is mutatják, hogy mennyire érzékenyebb mutatója az élettani nedvesség a levegő szárazságának, mint a telítettség deficit.

VI. Egy m³, illetve 1 liter kilélegzett levegő vízgőztartalma.

Tudtommal Mörikofer volt az első, aki megkísérelte a telítettségdeficit alapján 1 liter kilélegzett levegő vízgőztartalmát kiszámítani. Ő erre sajnos, a mm Hg-ban megadott párányomásból indult ki egyenlőnek véve a pára nyomás számát az abszolút nedvességgel, illetve az 1 liter levegőben foglalt vízgőz milligrammtartalmát. Dolgozatomban elején kifejtettem, hogy a két értéket a tüdőben uralkodó hőmérsékeken több egységnyi eltérés miatt nem vehetjük azonosnak. Minthogy az én számításaim 1 m³ levegő gramm telítettség deficitjeit nem pedig mm Hg. értékeit adják, ezek a számok a kilélegzett levegő vízgőztartalmát jelentik 1 m³ levegőre grammokban, tehát 1 liter levegőre milligrammokban, feltéve, hogy a kilélegzett levegő hőmérsékét egyenlőnek vesszük a test hőmérsékével. A Loewy szerint a kilélegzett levegő hőmérséke az orrból jöve 33 C°, a szájából 35C°, telítettsége pedig 95%.

Azt hiszem azonban, hogy a telítettségdeficit dolgában nem ezeket a hőmérsékeket és telítettségeket kell tekintetbe venni, hanem azt a hőfokot, a mely az alveolusokban uralkodik, a hol a gázcsere végbe megy, mert a kilélegzett levegő az orrban és a szájban már erősebben keveredett a belélegzett levegő, mint a tüdőben és mert ezáltal az orr- és a szájüregek lehűl. A belélegzett levegővel történő keveredés következtében az orr- és a szájüreg levegőjének párateltsége is kisebb, mint az alveolusokban. Az alveolusok levegőjének páratartalmát teljes pontossággal azonban szintén nem számíthatjuk ki, mert a tüdő a kilélegzésnél sohasem ürül ki teljesen. De, ha erre nem is gondolhatunk, a telítettségdeficit számai mint 1 m³ kilélegzett levegő víztartal-

mának grammértékei, illetve 1 liter kilélegzett levegő vízgőztartalmának milligrammértékei mégis adhatnak hasznos útmutatásokat. Mutatják, hogy a tüdő vízgőzleadása a magaslaton nagyobb mint a síkföldön; mutatják, hogy a vízgőzleadása a test hőmérsékének emelkedésekor nő, még pedig gramm illetve milligrammszámban minden egyes testhőfokemelkedéskor $37^{\circ}\text{C}^{\circ}$ -tól $42^{\circ}\text{C}^{\circ}$ -ig fokozatosan többlet, százalékban kevesebbel. Véleményem szerint a magasabb telítettségdeficit a vízgőz könnyebb leadását, tehát a lélekzés megkönnyebbülését jelenti. Ez a magaslaton különösen a lázas tüdőbajoknak lehet javára.

A magaslati hatás dolgában, valamint egyébként is, nem lehet vizsgálatunk végső célja az 1 m³, illetve 1 liter kilélegzett levegőnek vízgőz tartalmát tudni, ezt csak egyik állomása a célhoz vivő útnak. A vízgőz mennyiségének leadásában u. i. szerepe van a lélekzés térfogata és gyorsaságának is. Minden emberre általános érvényességű értékeket mindezekről a magaslati életben nem ad, mert homályos eredetű egyéni különbségekkel kell számot vetni. Weber pl. 30 egyén közül 80%-ban az első 2—20 hetekben magasabb, 6%-ban alacsonyabb légvételygyakoriságot talált mint a síkföldön. Durig pedig a vizsgált egyének 64%-ában fokozottak, 20 százalékban csökkentek, 16 százalékban változatlanok találta a lélekzéstérfogatot 600 és 5000 m. közt fekvő magasságokban. A mátrai Somorrének megfelelő magasságáról tudtommal nincs elegendő adat. Durig 600 m magasságban mindössze 7 egyént vizsgált, közülük háromnak csökkent, négynek változatlan volt a lélekzéstérfogata. Ilyen egyéni különbségeket a magaslati életben számos pontján állapítottak meg, de ennek okairól a számomra szűken hozzáférhető irodalomban még magyarázó kísérletet sem találtam. Talán Kretschmer testalkat különbségeire, vagy a belső elválasztó mirigyek alkotásainak és működéseinek változataira a „mirigyformára” (Drüsenformel) lehetne az ilyeneket vissza vezetni.

Összefoglalás. A dolgozat az eddig használatos élet-tani nedvesség és telítettség deficit mellé új fogalomként a hyperpyresis- nedvesség és telítettségdeficitet vezet be és ezeket vizsgálja $38\text{--}42^{\circ}\text{C}^{\circ}$ testhőmérséken, összehasonlítva Budapest, Somorré és Svájci adatait.

A telítettségdeficit nagyobb volta a magaslaton a tüdő vízgőzleadását és ez által a lélekzést könnyíti. Magasabb testhőmérséken a telítettségdeficit, tehát a tüdő vízgőzleadása nagyobb. *)

*) Hálás köszönetemet fejezem ki *Genersich Andor dr.* igazgató főorvos úrnak a *Horthy Miklós* gyógyintézet meteorológiai adatainak átengedéseért és *Réthly Antal dr.* úrnak a budapesti Meteorológiai és Földmágnességtani Intézet igazgatójának sok hasznos tanácsáért, amik munkámat megkönnyítették.

Az Országos Szociálpolitikai Intézet Egészségügyi Osztályának közleménye. (Vezető-főorvos: Somogyi Zsigmond.)

Központi idegrendszeri syphilis vitamin-therapiája.

Írta: Czibor Pál dr., helyettes osztályvezető.

Az idegrendszer és a vitaminok kapcsolatát illetően többrendbeli adat áll rendelkezésünkre. Így pl. az A-vitamin és az idegrendszer közötti összefüggésre mutat rá *Mellanby*, aki súlyos A-vitaminhiány esetén fiatal nyulak gerincveléjében degeneratív elváltozásokat talált. *Mellanby*nak e megfigyelését bizonyos mértékben támogatja *Kühnau*, *Cramer*, *Wohlbach*, *Stepp*, stb. felfogása, akik az A-vitaminban ektoderma-védő anyagot látnak (az idegrendszer parenchymája ektoderma-származék).

Az A-vitaminra vonatkozó e kisszámú észleléssel szemben több adattal rendelkezünk a B₁-vitamin és az idegrendszer viszonyára vonatkozóan. Tudjuk róla, hogy hiánya a beri-beri egyik főoka, amelyenél pedig a környéki és központi idegrendszer degeneratív elváltozásai vannak jelen (egyéb súlyos tünetek mellett). A B₁ adagolásával pedig beri-beriben — a betegség állapotának megfelelően — gyógyító, illetőleg javító eredményt lehet elérni. A B₁-vitaminban fontos idegrendszeri tényezőt látva, számos szerző (*Fetscher*, *Neumann*, *Böhm*, *Bennhold-Thomsen*, *Molnár*, *Heimann*, *Stahler*, stb.) az idegrendszeri betegségek egész soránál végzett therapiás kísérleteket. Így a neuritisek különféle fajtáinál, postdiphtheriás bénulás, funicularis myelosis, amyotrophiás lateralsklerosis, sklerosis multiplex, thalliummérgezés utáni beri-beri-szerű idegrendszeri tünetekben, pseudotabesben, sőt tabes és paralisissal kapcsolatos látóidegmegbetegedések és lancináló fájdalmak ellen is stb. Az eredmények (a sklerosis multiplex kivételével) általában jótékonyak voltak.

Az Országos Szociálpolitikai Intézet veneriás gon-dozójában 1937 december óta végzünk therapiás kísérleteket késői idegrendszeri syphilisben szenvedő (tabes és dem. par.) betegekben arsenobenzol-bismuth-B₁ vitaminból álló kúrákkal. Megfigyeléseink egy részéről már beszámoltunk. (Gyógyászat 1938. 21. sz.) Alább közlendő megfigyeléseinkben részben régebbi betegeink sorsát kísértük figyelemmel, részben újabb betegeket vettünk kezelés alá. — Kísérleteinkben a B₁-vitamin *biamin* (*Richter*) inj. (à 2 mg) és dragée alakjában adtuk. Az antilueses kúrához *solusalvarsant* és *subisimint* használtunk. E combinatio összeállításában az az elgondolás vezetett bennünket, hogy a többnyire évtizedes syphilis a szervezetben vitaminhiányt hozhat létre, amely vitaminhiánynak iránya esetleg olyan lehet, hogy a syphilissel szemben egyébként nagy ellenállást mutató idegrendszer parenchymáját ellenállásában legyengíti és ezáltal abban a syphilissel kapcsolatos folyamatok keletkezését lehetővé teszi. Valószínűnek kell tartanunk, hogy minden betegség (csökkentően) érinti a szervezet vitaminállományát. Speciálisan a B₁-re vonatkozóan pedig tudjuk is, hogy hiánya több betegséggel (malária, diphtheria, influenza, vérszegénység), továbbá terhességgel és egyes mérgezésekkel (thallium, ólom, alkohol, nikotin, arsen) kapcsolatban előáll. Tehát az idegrendszer állapotát alapjában befolyásoló B₁-vitamin állományának csökkenési lehetőségére vonatkozó ezen precedensek, valamint a tabes és dem. paralyticát létrehozó syphilis, mint önként egymásba kapcsolódó gondolati láncszemek szolgáltatják nekünk az alkalmat annak feltevésére, hogy itt esetleg a syphilis a vitaminhiányt előidéző tényező és pedig B₁-vita-

Dyspepsiák gyógyítására évtizedek óta alkalmazza az orvosi kar a Krompecher-gyár kiválóan bevált és a csecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen *Caphosein* elnevezésű dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérjekészítményét. A *Caphosein* mindazon követelményeknek megfelel, amelyet az orvostudomány a tejfehérje készítményekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, kolloidálisan jól oldódik, kellemes zsemlyeízű és a tej összes fehérjéit (caseint, lactalbumint és lactoglobulint), tehát mindazon fehérjéket tartalmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építőanyagokat szolgáltatnak. Javalt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meg-gátolni.

minra vonatkozóan. A B₁-vitaminnak az idegrendszer védekezésében fontos szerepet kell tulajdonítanunk, mert hiszen az tapasztalás szerint még B₁-mentes táplálás esetén is makacsul ragaszkodik B₁-vitaminkészlethez. Tudjuk továbbá, hogy ezen vitamin hiánya esetén a szánhydrátok tökéletlenül égne el és közbeeső égési termékeik (tejsav, pyroszölősav) előszeretettel rak-tározódnak a központi idegrendszerben, amely egyébként a szervezet B₁-vitaminkészletét is jórészt tárolja. Meg kell jegyeznünk azonkívül, hogy a központi idegrendszeri syphilis keletkezésében dispositiós szerepet játszó alkohol és nikotin — mint előbb láttuk — B₁-vitamin csökkentő anyagok.

Salvarsan-bismuth-B₁ kombinált kúránkkal tehát az volt a célunk, hogy egyrészt az antilueticumokkal a legfontosabbat, az alapbetegséget, a syphilit kezeljük, másrészt a B₁-vitamin bevitelével az idegrendszer ellenállását növeljük.

Megfigyelt eseteink rövid kórtörténete a következő:

1. Sch. I. nőbeteg született 1914-ben. Osztályunkra kerül antilueses kúra végzésére taboparalysis juvenilis diagnóissal 1931. december 2-án. 1934. május 5-én állapota: tág, fénymerev pupillák, ataxia, beszélni alig tud, nyelési nehézségek. Teljes elbutulás. Összesen 6 kombinált kúra és 1 (?) lázkúra. 1938. február 3-án neosalvarsan-bismuth-B₁-vitamin kúrát kezd. W. R. +++++ M. K. R. +++++ Kiss +++. Liquor W. R. negatív, Pándy ++, Nonne — A. +. Status: elbutult facies. Hozzá intézett kérdésekre egy-két értelmetlen szóban dünyögő orrhagyon igyekszik válaszolni. Félretéket, hangulathullámozása van, sir, nevet észrevételei nincsenek. Hosszas biztatásra köszön. Járása ataxiás, csak támogatás mellett jár. Inreflexei nem változtathatók ki. Erzsévizsgálat nem ejthető meg. Hólyag és végbélműködés jó. E kúrájában kapott gyógyszerek összes mennyisége: 3.5 g neosalvarsan, 15 bismuth és 36 mgr. B₁ (injectio). 1938. április 5-én kúráját bevégezi. W. R. +++++ M. K. R. ++, Kiss +++++. Status a kúra után: facies rendezettebb, nyugodtabb. Felszólításra, terpesztett lábakkal ugyan járkál, fordul, sőt gyorsabb mozgásra is képes. Önmagától vagy felszólításra azonnal köszön, hozzá intézett kérdésekre válaszol, morzsoló dünyögő hangon. Figyel, barátságos, nőkkel beszélgetést kezd. Ilyenkor euphoriás. Vizsgálat alatt szegénylős. Liquort nyugtalansága miatt nem vettünk.

Azóta kezelést nem végzett: Statusa 1939. jan. 31-én: kb. ugyanaz mint 1938. ápr. 5-én. Vérnyomás: 65—95 mm. W. R. + M. K. R. ++, Kiss +. Táplálkozása kielégítő.

2. Özv. Z. I.-né, született 1884-ben. Nálunk 1932. szeptember 10-én jelentkezett. Idegbaja kb. 1934-ben kezdődött. Összesen 8 kombinált-kúra és 1 lázkúra. Liquor: Wa. R. I—II. antigen +++++ (1934. XI. 12.). Wa. R. a vérben +++++ (1937. júl.). 1937. november 30-án statusa: ráncos, petyhüdt bőr, petyhüdt izomrendszer. Csontvégek vastagodottak, laza izületek. Lassú, bizonytalan mozgás, lépcsőjárás jó. Romberg-negatív. Pupillák: bal valamivel szűkebb, fényre valamivel renyhében reagál. Félremutatás nincs. Inreflexei, főleg a baloldalon, renyhék. Hasfali reflexek élénkek. Erzsézarok nincsenek. Beszéde kissé lassú, emlékezőtehetsége romlott. Diagnosis: dem. par. 1937. november 30-án megkezdett óvatos kombinált kúrájába utóbb B₁ injectiókkal kapcsolódunk be. Kúrájának összes mennyisége: 2.9 gr. neosalvarsan, 15 bismuth és 35 mg. B₁-vitamin. 1938. III. 8-án Wa. R. +++++, M. K. R. +++++, Kiss +++++. 1938. márc. 29-én liquor: Wa. R. ++, M. K. R. +++++. 1938. ápr. 7-én status: arca rendezettebb, szellemileg frissebb, élénkebb, beszédes.

Időközben kezelést nem végzett. Status: 1939. jan. 24-én: kb. ugyanaz, mint 1938. ápr. 7-én. Vérnyomás: 85—115 mm. Wa. R. ++, M. K. R. +++++, Kiss +++++. Táplálkozása nem kielégítő.

3. S. P. nőbeteg. Született 1903-ban. Idegbaja 1936-ban kezdődött (rosszullétek, ájulások, zsidbadások, értelmi kiesés). Vér és liquor Wa. R. +++++. 3 kombinált kúrát és 1 maláriakúrát kapott. Statusa 1938. febr. 5-én: Wa. R. ++, M. K. R. +++++, Kiss ++, liquor I—II. antigen Wa. R. +++++, Pándy +, Nonne-Appelt +. Kisfokú anisochoria, pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Inreflexek kiválthatók. Beszéde morzsoló, nehezen érthető, emlékezőtehetsége romlott, kissé tétova viselkedésű. E kúra-

jában kapott gyógyszerek összmenyisége: 3 gr. neosalvarsan, 15 bismuth, 33 mg. B₁-vitamin. 1938. ápr. 5-én kúráját bevégezi. Wa. R. +++++, M. K. R. +++++, Kiss ++; liquor I—II. antigen Wa. R. +++++, Pándy és Nonne-A. ++; mastix: 112420000. Status: arca rendezettebb, morzsoló beszéde tisztultabb, érthetőbb. Euphoriás. Számolás fejben kis számkörben jó, írás képzettségének megfelelő. Emlékezőtehetsége javult.

Változatlan áliapot mellett 1938. júl.—aug. hónapokban enyhe solusalvarsan—bismuth—80 szem biamin dragée-ből álló kúrát végzett, mely után hízott és állapota kifogástalan volt. 1938. szeptembertől 1939. jan. közepéig nehéz, cseleedsornak megfelelő, megerőltető munkát végzett, melynek következtében soványodott. Status 1939. febr. 3-án: kb. ugyanaz, mint 1938. ápr. 5-én. Wa. R. 1939. jan. 10-én +, M. K. R. ++, Kiss +. 1939. febr. 7-én Wa. R. +++++, M. K. R. +++++, Kiss ++. Vérnyomás: 70—130 mm. Táplálkozása valószínűen nem kielégítő.

4. W. E. nőbeteg, született 1907-ben. Nálunk jelentkezett 1933. II. 14-én. Idegbajának kezdete 1935. év (?). Végzett összesen 7 kombinált kúrát, 1 maláriakúrát és 1 lázkúrát. 1938. jan. 4. Wa. R. negatív, M. K. R. +++++, Kiss +, 1938. jan. 8-án salvarsan-bismuth-B₁-vitamin kúrát kezd. Status: fejfájásról panaszkodik, éjjel tagjai zsidbadtak, feledékeny, hangulatvesztett, nehezen beszél, több mássalhangzós szavakat nehezebben mond ki. Gyakran szédül, ájul. Térd- és Achilles-reflex nem válthatók ki. Romberg negatív. Pupillák szűkek, fényre renyhén, alkalmazkodásra nem reagálnak. Írása tollal és ceruzával egyformán jól vezetett, jól olvasható. Diagnosis: taboparalysis. 1938. febr. 11-én vett liq. I—II. antigen Wa. R. +++++, Pándy ++, Nonne-A. +. E kúrájában 4 gr. neosalvarsant, 15 ccm. bismuthot és 35 mg. B₁-vitamin injectiót kapott. 1938. ápr. 5-én Wa. R. +, M. K. R. +++++, Kiss +; liquor Wa. R. +++++, Pándy, Nonne-A. ++, mastix lueses görbe. Status: fejfájás, tagjainak zsidbadtsága nem szűnt, emlékezőtehetsége javult, beszédzavara alig észrevehető, mozgása frissebb. Ájulásai, rosszullétei ritkulnak. Kúra alatt 4 kg. súlygyarapodás.

Minthogy a beteg közérzete és testsúlya időközben romlott, 1938. szept. 29-től dec. 15-ig enyhe solusalvarsan—bismuth—biamin (110 szem dragée) kúrát végeztünk. A kúra vége felé (1938. nov. 19) állapota a következő volt: fejfájása megszűnt, zsidbadása alig van. Rosszullétei ritkulnak, csak pár percig tartanak, eszméletét nem veszti el. Rosszullétei minden esetben éjjel jelentkeznek. Élénk, emlékezőtehetsége jó, arca friss. Hízott. Status 1937. II. 7-én: rosszullétei újból gyakoribbak (typusuk ugyanaz, mint 1938. nov. 19-én). Arca elég friss. Mozdulatai élénkek, memoria jó, írás jó. 1 kg. súlyvesztés. Som.: mint 1938. ápr. 5-én, azzal a különbséggel, hogy bal patella reflexe érezhetően kiváltható. Vérnyomás 80—130mm. Wa. R. +++++, M. K. R. +++++, Kiss +++++. Táplálkozása aligha kielégítő.

5. D. M. férfitbeteg. Született 1898-ban. Nálunk 1936. októberében jelentkezett. t. d. diagnóissal. 4 kombinált kúrát és 1 lázkúrát végzett. 1938. jan. 8-án: liquor I—II. antigennel Wa. R. +++++, Pándy, Nonne-A. ++. 1937. decemberében status: ataxia locom., Romberg erősen pozitív. Érzési kör: övérzés, lanciaáló fájdalmak, lábszáraokon a hő, fájdalom és tapintásérzés teljes hiánya. Patella- és Achilles-inreflexek hiányzanak, hasfali reflex kiváltható. Pupillák középtágak, jobb valamivel tágabb; fényre nem, alkalmazkodásra reagálnak. Látás jó. Retentio urinae. Szellemileg korának és képzettségének megfelelő. Diagnosis: t. d. 1938. február elején, már előbb megindult kombinált kúrájának vége felé B₁-vitamin injectiókat is kezdünk adagolni. 1938. február 15-én: Wa. R. ++, M. K. R. +, Kiss + (+). E kúrájában 3.5 gr. neosalvarsant, 15 bismuthot és 36 mg. B₁-vitamin injectiót kapott. 1938. márc. 15-én status: lanciaáló fájdalmak nincsenek. A hő-, tapintás- és fájdalomérzés mérsékelt fokban újból megjelent. Romberg csökkent. Ataxia locom. alig változott. Pupillák középtágak, rajtuk fényre egészen kisfokú lassú szűkülés észlelhető, alkalmazkodáskor jól reagálnak. Látás, hallás jó. Retentio urinae megszűnt. Szellemileg frissebb, közérzet jó. Wa. R. 1938. ápr. 13-án ++, M. K. R. ++, Kiss ++; liquor W. R. +++++, M. K. R. +++++.

Minthogy időközben alszárain a fájdalomérzés megszűnt, a hő- és tapintásérzés pedig csökkent, 1938. dec.—1939. jan. hónapokban enyhe solusalvarsan-bismuth-biamin (70 szem + 9 injectio) kúrát végzett. Statusa 1939. febr. 20-án: fájdalomérzés a lábszáraokon kisfokban újból megjelent, hő- és tapintásérzés javult. Egyébként állapota mint 1938. III. 15-én. Vérnyomás 85—120 mm. Wa. R. +++++, M. K. R. +++++, Kiss +++++. Táplálkozása állítólag kielégítő.

6. P. I. férfitbeteg. Született 1889-ben. Családja szerint 1930. óta áll antilueses kezelés alatt. Idegbaja 1932. táján jelentkezett. Nálunk 1936. VII. 16-án jelentkezett. Összesen kb. 10 kúrát végzett. 1938. febr. 27-én salvarsan-bismuth-B₁-vitamin kúrát kezdett. Wa. R. +++, M. K. R. ++, Kiss ++; liquor I—II. antigen Wa. R. negatív, Pándy, Nonne-A. negatív. Status: feledékeny, megbízhatatlan, piszkos papirosokat gyűjt, euphorias. Részleges emlékkiesés, célszerűtlen, tétova. Kis számkörben számol, osztani, szorozni nem tud. Argyll-Robertson lenőtt irisze miatt nem vizsgálható. Beszéde akadozó, morzsoló, szótagisméltelés. Írás betűkihasználás, mozgások lassultak. Az arc sajátságosan bamba, álmos benyomást tesz. Kissé élénk térd- és Achilles inreflexek. Az e kúrában beadott gyógyszerek összmenyisége: 1.5 gr. neosalvarsan, 4 dynarsan (melyre salvarsan-intolerantia miatt kellett áttérnünk), 15 bismuth és 35 mg. B₁-vitamin. 1938. ápr. 13-án Wa. R. ++, M. K. R. ++, Kiss ++, liquor I—II. antigen negatív, mastix normális görbe. Status: frissebb, viselkedése valamivel komolyabb, beszéde érthetőbb, morzsoló, ismétlések.

Időközben állapota láthatóan romlott, miért is nála 1938. december—1939. január hónapokban bismuth-biamin (110 dragée) kúrát végeztünk. Status 1939. II. 16-án: szellemileg kb. mint 1938. ápr. 13-án. Somatikus változás: Achilles-reflexek hiányoznak. Wa. R. negatív. Vérvnyomás: 80—125 mm. Táplálkozása valószínűen nem kielégítő.

7. H. Á.-né, született 1894-ben. Jelentkezett 1934. év folyamán. Wa. R. ++; kombinált kúra. 1935. jan. 31-én Wa. R. negatív; második kombinált kúráját kezdi. A második revival után azonban bőrkiütéseket kap, mire a kúrát csak bismuthtal fejezzük be. 1936. júl. 16-án Wa. R. +, M. K. R. negatív, Kiss +. Status: Csak kísérő támogatásával jár, lábai erőtlenekek és bizonytalanok. Nyugtalan, feledékeny, beszéde szótagolt, fejfájásról, hányingerről panaszkodik, sárga karikákat lát, étvágytalan, övérése van. Lépcsőjel pozitív, Romberg pozitív, Argyll-Robertson pozitív. Pupillák egyenlők, kerekék. Paraesthesiái vannak. Hő-, tapintás- és fájdalomérzés megtartott. Diagnosis: D. p. 1938. jan. 17-én megkezdett bismuth-B₁-vitamin kúráját február hó 5-én intercurrens betegség miatt abba kell hagynunk. Összesen 7 bismuthot és 5x1 mg. B₁-vitamint kapott. 1938. március 30-án statusa: járása nem ataktikus, inkább fáradt, gyenge, noha nehézkesen, de kísérő nélkül is tud járni, kevésbé feledékeny, beszéde rendesebb.

1938. április—május hónapokban bismuthkúrát végzett. 1938. december 12-én, midőn ismét jelentkezett, állapota lényegesen romlott és ezért újabb bismuth-kúrát rendeltünk kombináltan biamin-dragéékkel (90 szem). Állapota 1939. február 20-án: ugyanaz, mint 1938. március 30-án. Wa. R. negatív. Vérvnyomás: 65—100 mm. Táplálkozása nem kielégítő.

8. B. L. férfi, született 1895-ben. Ulcus 1919-ben. 1937. közepe óta emlékezete romlik. Kezelést még nem kapott. Nálunk 1938. VII. 27-én jelentkezett. Wa. R. +++++. Th.: kombinált kúra. 1938. november 11-én második kúrára jelentkezett. Statusa ekkor: álmos, kissé bárgyu tekintet, emlékezőse romlott, számolás jó; mérsékelt dysarthria, kiskókú dysgraphia; lábai fájnak. Anisochoria nincs. Jobb pupilla fényre jól reagál, bal alig. Alkalmazkodási reactio jó. Jobb patelláris reflex hiányzik, bal alig kiváltható. Jobb Achilles-reflex alig kiváltható. Romberg negatív. Kiskókú ataxia locomotrix. Diagnosis: taboparalysis. Therapia: enyhe solusalvarsan-bismuth-biamin kúra (80 szem + 6 inj.). Status kúra után, 1939. I. 16-án: emlékezőse jól javult, arca, tekintete élénkebb, írása, beszéde javult, lábfájása megszűnt. 6 kg-ot hízott. Wa. R. +++++, M. K. R. ++, Kiss ++++. Liquor: I—II. Meinicke +++++, vérvnyomás: 80—115 mm. Táplálkozása kielégítő.

9. B. F. férfi, született 1902-ben. Infecióról nem tud. Nálunk 1935. április 1-én jelentkezett t. d.-vel. 1935-től 1937-ig 4 kombinált kúra. 1935. dec. 28-án diagnosis: taboparalysis. 1938. április—május: lázkúra (Ty.). Wa. R. 1938. III. 1-én: +++++, M. K. R. +++++, Kiss ++++. 1938. júl. 13-án Wa. R. negatív. Liquor 1938. III. 18. Wa. R. I—II. +++++, Pándy, Nonne-Appel +++++, mastix 011555555; atyp. senumgörbe. Status 1938. okt. 15-én: kissé álmos arc és tétova viselkedés, emlékezőse, értelem némileg csökkent. Számolás fejben jó, mérsékelt dysgraphia és dysarthria. Kéztremor. Pupillák egyenlők, a bal pupilla fényre renyhében reagál, mint a jobb. Alkalmazkodás jó. Romberg pozitív, ataxia locomotrix. Patella- és Achiller-reflexek hiányoznak. Diagnosis: taboparalysis. Th.: enyhe solusalvarsan-bismuth-biamin kúra (60 szem + 10 inj.). Status 1939. január 17-én: Szellemileg frissebb, arckifejezése élénkebb, ön-

tudatos. Beszéde rendes. Járása javult. Kéztremor, dysgraphia fennáll. 3 kg-ot hízott. Vérvnyomás: 80—145 mm. Wa. R. +++++, M. K. R. +++++, Kiss ++++; liquor Wa. R. I—II. +++++, Meinicke +++++, Pándy ++, Nonne-A. +. Mastix 015555341. Táplálkozás kielégítő.

10. M. J. férfitbeteg, született 1896-ban. Infectio 1918-ban. Nálunk 1932. július 5-én jelentkezett pp. incip., lu. cerebri diagnosissal. Eddig összesen 10 részben kombinált kúra. 1934-ben láztherapia, 1938. elején malária-kúra. Wa. R. 1937. II. 16-án ++, M. K. R. +++++, Kiss ++. Status 1938. okt. 25-én: Sovány, beesett, merevarcú egyén. Viselkedése kissé izgatott. Felső végtagok időnként zsibbadtak. Kérdés nélkül is sokat beszél, egyik témáról átugorva a másikra. Beszédét rendszertelen kézmozdulatokkal kíséri. Beszéde gyorsult, morzsoló. Álmatlan, feledékeny, értelmileg csökkent. Kisfokú dysgraphia. Számolás kis számkörben jó. Szemreflexek hiányoznak, fénymerev pupillák. Patellaris reflexei és a bal Achilles-reflex kiválthatók. Romberg pozitív, mérsékelt ataxia locomotrix. Th.: enyhe solusalvarsan-bismuth-biamin kúra (80 szem + 6 inj.). Status 1939. II. 9-én: szellemileg frissebb, arca valamivel élénkebb. Kevésbé ingerlékeny. Beszéde érthetőbb. Valamivel jobban alszik. Romberg alig kifejezett. Pupillák alalmazkodásra egészen kiskókú összehúzódás észlelhető. Hizott. Zsibbadás, dysgraphia, ataxia, locom. változatlan. Inreflexek u. a. Wa. R. ++, M. K. R. +++++, Kiss ++. Liquor Wa. R. I—II. +++++, Meinicke +++++, Pándy +, Nonne-Appel +. Vérvnyomás: 70—95 mm. Táplálkozás valószínűen kielégítő.

Megismételt B₁-vitamin-kúránkknál célszerűnek láttuk megismétléskor a dragéék adagolását, mert tapasztalásunk szerint az injectiós adagolást hónapok múlva történő ismétlés esetén egyes betegek szervezete kevésbé tűrte el és arra általában bizonyos fokú túlérzékenységgel reagált.

Ha salvarsan-bismuth-B₁ (biamin) kombinációból álló gyógykezelésünk eredményeit tekintjük, úgy azt kell mondanunk, hogy az állapot előrehaladottsági fokának megfelelően minden betegnél mutatkozott több vagy kevesebb javulás, noha (és ezt a therapiás eredmények értékelésénél tekintetbe kell vennünk) betegeink otthonukban rossz, sőt igen rossz szociális viszonyok közt éltek.

A B₁-vitaminnak a központi idegrendszeri syphillire általunk megfigyelt jótékony hatása a teljes B₁-vitaminhiány kórképére, a beri-berire kell, hogy irányítsa figyelmünket. Kétségtelen, hogy úgy a metaluesnél, mint a beri-berinél (a központi idegrendszer degeneratív jelenségein kívül) vannak olyan tünetek, amelyek egymással párhuzamba állíthatók: az izmok hypotoniája, a végtagok zsibbadtsága, a patellaris reflexek hiánya, az alszárakon a hő-, fájdalom- és tapintásérzés zavarai vagy hiánya, neuritisek, bénulások, a szív bántalmazottsága, alacsony vérvnyomás és alacsony hőmérséklet (lehetősége), a betegség láztalan lefolyása, kimerítő hányások, hasmenések, vizenyős jelenségekre való hajlandóság — ideértve az idegrendszer degeneratív folyamatában jelenlévő vizenyőket, továbbá (talán) az arthropathiákat és a csontokon néha észlelhető cystosus degeneratiót.

Végiggondolván mindazt, amit eddig a B₁-vitaminról mondtunk — beleszámítva a B₁-vitaminnal kombinált antilueses kúránkknal elért gyógykezelési eredményeket és a metalues beri-beriszerű jelenségeit is, — azt kell mondanunk, hogy a B₁ vitaminhiánynak a metalues keletkezésére befolyást kell tulajdonítanunk és pedig a syphillissel kapcsolatban a már előbb említett értelemben. Schaffer s syphilis és az idegrendszer viszonyáról a dem. paralytica tárgyalásánál a következőket mondja: „...tekintetbe kell vennünk azt is, hogy bár az agysyphilis és a paralysis progressiva ugyanazon aetiologiai alapon kifejlődve, ugyanazt a szervert, az agyvelőt érő megbetegedés, mégis míg a pp. feltartóztathatatlan jellegű halálos betegség, addig a lues ce-

reberi erélyes specifikus kezelésre javulhat, ill. gyógyulhat." „Az sem tudjuk biztosan, hogy a spirochaeta-invasio miképpen idézi elő a kórszövettani elváltozásokat. Igen valószínűnek látszik, hogy nem annyira a spirochaeták által helyileg okozott mechanikai elváltozások a döntők, mint inkább az élő és elhalt spirochaeták általános toxinhatásai." Felmerül itt az a kérdés, hogy vajjon ez a toxinhatás nem felel-e meg egy spirochaetotoxicosis által előidézett B₁-vitaminhiány hatásnak?

Néhány szót szólunk még a B₁-vitamin és a lázkúra között föltételezhető összefüggésről. Újabb megfigyelések amellel szólnak, hogy a lázas szervezet B₁-vitamin-igénye nagyobb. Feltételezhető tehát, hogy láz idején a szervezet B₁-vitaminforgalma is nagyobb, illetve hogy a láz a szervezet B₁-vitaminkészletének nagyrésztét mozgósítja. A lázkúrával továbbá kapcsolatos a bőségesebb táplálkozás, amely elképzelhetően vitaminokban is gazdagabb és ez is fokozza a szervezet vitaminforgalmát. Lehetséges tehát, hogy az így megnövekedett B₁-vitamin-forgalom folytán az idegrendszer nagyobb mennyiségű B₁-vitamint tud megkötni és így ez is hozzájárul a lázkúra által elért eredményekhez.

Nem akarunk a leírtakból végső következtetést levonni, amit főként a beri-berire vonatkozó tapasztalataink hiánya miatt nem is tehetnénk. Célunk csak az, hogy therapiás eredményeink kapcsán bizonyos önként felvetődő kérdésekre rámutassunk.

A budapesti Magyar Királyi Bábaképző Intézet közleménye.
(Igazgató: vitéz Szathmáry Zoltán egyet. m. tanár.)

A testsúlymérés jelentősége a terhességi mérgezések korai felismerésében.

Írta: ifj. Mauks Károly dr. tanársegéd.

A terhességi testsúlygyarapodás okait és törvényszerűségeit Gassner már több mint fél évszázaddal ezelőtt rendszeres mérések alapján tanulmányozta. A testsúlymérések eredményeit legbehatóbban azonban Zangmeister ismertette, aki a terhesség második felében 300 terhesen hetenként végzett, összesen 4000 mérése adatait oly alaposan és minden részletre kiterjedő figyelemmel dolgozta fel, hogy munkája ma is szilárd alapja ismereteinknek.

Zangmeister szerint a testsúly a terhesség 27-ik hetétől egyenletesen növekedik, a növekedés üteme a 36-ik héttől kissé meggyorsul s a testsúlygörbe a szülés előtti harmadik napon — de esetleg már hetekkel előbb — eléri legmagasabb pontját. A szülést közvetlenül megelőző napokban csaknem törvényszerű s a szülésig átlag 1 kg-os súlyesés észlelhető.

A szülés alatt és a gyermekágy kezdetén a testsúlygörbe gyorsan esik; a gyermekágy 8—10-ik napján mért testsúly a szülés előttinél átlag 7.45 kilogrammallyal kevesebb.

Először és ismételt terhesek súlygörbéje egymástól lényegesen nem különbözik s független a testsúlyingadozás attól is, hogy a terhesség utolsó hónapjai a tél, vagy a nyár évadjára esnek-e.

A terhességi testsúlygyarapodás lényegében két tényező eredője, ezek: a) a pete fejlődése, b) az anyai szervezet megváltozott anyagcseréje. A két tényező okozta súlytöbblet közül az előbbi állandóbb s a terhesség végén Zangmeister és Hanley szerint átlag 5 kg. Egészséges terhesek súlygyarapodása Hanley szerint 9, Seitz szerint 12—15 kg. A terhességi testsúlygyarapodás és a magzat súlya között törvényszerű összefüggés még a terhesség végén sem állapítható meg, még ke-

vésbé lehet a terhesség valamely időpontjáig elért súlytöbblet megoszlását a magzat és az anyai szervezet saját súlygyarapodása között meghatározni.

Az anyai szervezet saját terhességi súlygyarapodása számos tényező összegeződésének eredménye, melyek közül állandónak legfeljebb a méhmemnagynövekedés okozta s a terhesség végén mintegy 900 gr-os súlytöbblet tekinthetjük. A terhességi súlynövekedést döntően befolyásoló vízyangcserében igen nagy ingadozások vannak. A vérfehérjék aránya a terhesség folyamán eltolódik, a fibrinogen és globulinfractio az albuminnal szemben túlsúlyra jut, ennek következtében a vérplasma onkosisos nyomása csökken, ami a szövetek fokozott konyhasótartalmával együtt a szövetek, elsősorban a kötőszövet víztartalmának megnövekedésére vezet. A vizenyőkészség a terhesség állandó kísérője s az esetek többségében a terhesség végén az alsó végtagok „élet-tani vizenyője” is megjelenik. A konyhasó és vízvisz-szatartás mellett — bár jóval kisebb mértékben — hozzájárul a terhességi testsúlynövekedéshez a fehérje, calcium, phosphor és főleg a zsír felhalmozódása is, mely utóbbi az emlőmirigy fejlődésével együtt a testformák jellemző megömbölyödésére vezet.

Az említett tényezők eredményeképpen a terhesség második hónapjától fokozatosan, de nem egyenletesen növekszik a testsúly s e gyarapodást csak a szülés előtti utolsó napokban váltja fel a testsúly kisfokú csökkenése, ami az agyfűggelék-elűlsőlebenshormon okozta fokozott fehérjeelvetés s esetleg a jósló fájások miatt hiányosabb táplálkozás következménye lehet. A szülés izommunkája párosulva a hiányos táplálkozással és csökkent folyadékfelvétellel, már magában is súlyesést okoz, ami főleg elhűződő és lázas szülés esetén jelentkezik. A magzat és függelékeinek megszületése, a magzatvíz kiürülése és a szülési vérveszteség együtt átlag 5½—6 kg-nyi súlyvesztést jelent. A gyermekágy folyamán a nemzőszervek terhességi elváltozásának visszafejlődése, főleg pedig az eddig visszatartott só és víz kiürülése a testsúly további esését eredményezi, amit az emlők megnagyobbodása által okozott súlytöbblet ellensúlyozni nem tud s így már az első gyermekágyi hét végén is alig nagyobb a testsúly, mint a terhességet megelőzően.

A rendes lefolyású terhesség, szülés és gyermekágy kapcsán észlelhető testsúlyingadozások törvényszerűségei nagyrészt már évtizedek óta ismertek, ezzel szemben a testsúlygörbének kóros esetekben, főleg terhességi mérgezésekkel kapcsolatos viselkedése még ma is kevésbé ismert.

A budapesti Bábaképző Intézetben 1937. nyaratól végeztünk rendszeres testsúlymérést a terhesrendelésen, továbbá a háziterheseken és az intézetbe felvett beteg — többnyire terhességi vesebajban szenvedő — terheseken. Ezenkívül megmértük minden szülönő testsúlyát szülése előtt és a gyermekágyának átlag 6—8-ik napján történt elbocsátása alkalmával is. Ily módon 376 terhesen végzett, kétezernél több sorozatos mérés s ezenkívül további 650 esetben végzett szülés előtti és gyermekágyi testsúlymérés adatainak birtokába jutottunk; összesen tehát 1026 terhes, illetve szülönőn végeztünk testsúlyméréseket. Ezt az anyagot a következő kérdések szempontjából dolgoztam fel:

1. Mekkora az egészséges terhesek súlygyarapodása?
2. Milyen a testsúlygörbe rendes terhesség, szülés és gyermekágy esetén?
3. Milyen a testsúlygörbe terhességi mérgezéses esetekben s van-e a terhességi testsúlyadatoknak körjelző és kórjósati értéke?

1. A terhességi testsúlygyarapodás összegének pontos megállapítása alig lehetséges, mert terheseink terhesség előtti súlyáról egyáltalában nem, a terhesség első hónapjaiból pedig csak szórványosan álltak rendelkezésünkre saját mérésünk adatai. Hogy a terhességi súlygyarapodás mértékét legalább megközelítően megállapíthassuk, mind terhesrendelésünkön, mind a szülőszobán jelentkező terhes, illetve szülőnőktől megkérdeztük, hogy mennyi volt testsúlyuk a terhesség előtt. Bár szülőnőink nagyrésze már a terhesség előtt is rendszeresen mérte súlyát, adataikat mégsem tekinthetjük az intézetben végzett rendszeres súlymérések adataival egyenlő értékűnek s így azok csak általános tájékoztatásra szolgálhatnak. Ez adatok szerint a teljesen egészséges terhesek súlygyarapodása a terhesség végéig 3–18, középértékben 10 kg., ami a terhesség előtti súlyuknak 18½ százaléká. Először és ismételt terhes nők súlygyarapodása lényegesen nem különbözött egymástól; szembetűnő volt azonban a fiatalabb terhesek nagyobb fokú súlynövekedése az idősebbkorúakéval szemben, annak ellenére, hogy ez utóbbiak magzatai általában valamivel súlyosabbak voltak. (24 évesnél fiatalabb terhesek átlag 10.8 kg-t, a 35 évesnél idősebb terhesek viszont mindössze 8 kg-t gyarapodtak terhességük folyamán.) Hasonló észlelésről számolt be *Siddall* és *Mack* is. A fiatalabb terhesek tetemesebb súlynövekedésének alkalmasint fokozott vizenyőkészségük az oka.

2. Egészséges nők testsúlyingadozását a terhesség, szülés és a gyermekágy folyamán ábránk 1. görbéje tünteti fel, amelyet 208 terhesünkön a terhesség 5-ik hónapjától kezdve rendszeresen végzett súlymérések adataiból szerkesztettem. A terhesség első feléből és a terhesség előtti időből való, túlnyomóan a terhesektől származó megbízhatatlan adatokat szaggatott vonal jelzi. A görbe szerint egészséges terhesek súlya a 6-ik hónapig lassabban, onnan a 9-ik hónap végéig valamivel meredekebben emelkedik, majd a szülés előtti napokban átlag ½ kg-ot esik. A súlygyarapodás a 6-ik hónap végétől egyenletes s naptári hónaponként átlag 1.4 kg. A szülés előtti testsúlycsökkenést eseteink kétharmad részében figyelhettük meg, a többiekben a testsúly a szülést megelőző napokban nem változott, vagy kissé növekedett. A gyermekágy első hetének végén a testsúly átlag 8 kg-val volt kevesebb, mint a szülés előtt, de 2 kg-mal több, mint a terhesség előtt. Rendes lefolyású terhesség és szülés után észlelt súlyesés legfeljebb 12.8 kg. volt.

Itt kell megemlítenem, hogy azon ezernél több esetünk közül, melyekben a szülés előtt és a kibocsátás alkalmával testsúlymérést végeztünk, számos esetben fordult elő a terhesség, szülés, vagy a gyermekágy folyamán szövődmény, vagy műtéti beavatkozás. E szövődmények és műtétek kapcsán a szülési és gyermekágyi súlyesésnek következő középértékeit állapíthattuk meg:

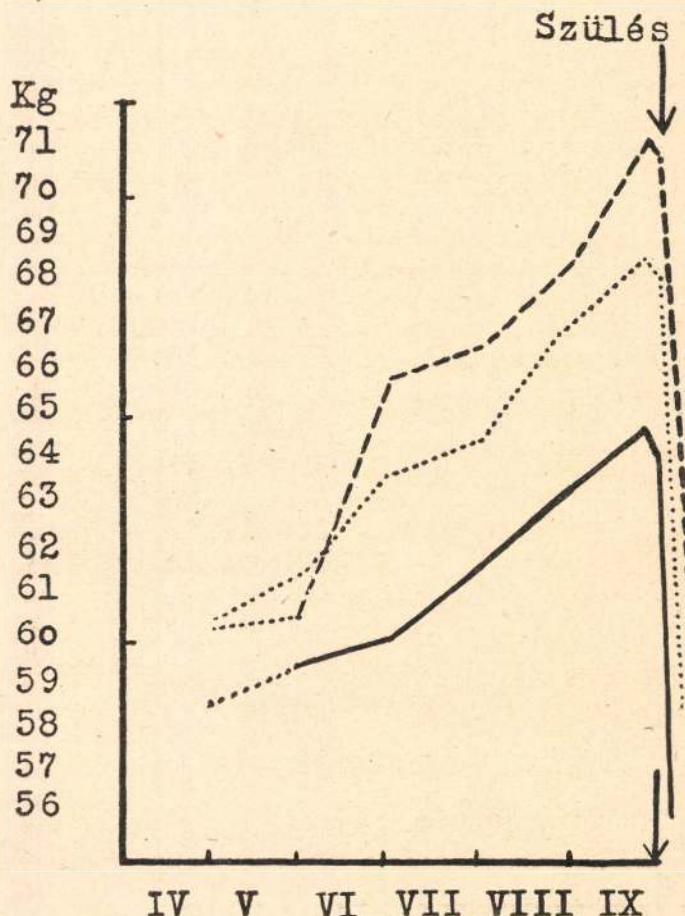
Szervi szívbaj	8.5 kg.
Bujakór	8.5 „
Túlsok magzatvíz	10.4 „
Ikerterhesség	11.9 „
Atonia	10.6 „
Elhúzódo szülés	10.1 „
Lázás szülés	9.4 „
Lázás gyermekágy	9.8 „
Fogóműtét	9.5 „
Császármetés	10.3 „

3. A terhességi mérgezésekkel (*toxicosisok*) kapcsolatos testsúlyingadozások. A terhességi mérgezések közül a terheség első felében jelentkező hányás és nyál-folyás nagyon csökkenthetik a súlygyarapodást, e mér-

gezésekre vonatkozó adatokkal azonban nem rendelkezünk. Figyelmet érdemelnek azonban terhességi vesebajos és rángógörcsös eseteink súlyadatai, melyeket ábránk 2. és 3. görbéje tüntet fel. F terhességi mérgezések eseteinket két csoportba osztottam. a) 108 könnyű mérgezés melyekkel kapcsolatban a terhesség és szülés folyamán a vizenyőkön kívül legfeljebb kismértékű (1%-ot meg nem haladó) fehérjevizelést és 150 Hg. mm-t meg nem haladó vérnyomásemelkedést észleltünk; b) 60 súlyosabb mérgezések esetében a vizelet fehérjetartalma az 1%-ot, a vérnyomás pedig a 150 Hg. mm-t meghaladta.

Az a) csoportba tartozó eseteink súlygörbéjén (2. görbe) feltűnik a meredek emelkedés, mely már az 5-ik hónaptól megfigyelhető. A súlynövekedés a terhesség elejétől a szülés előtti hétre eső csúcspontig átlag 12 kg., a terhesség előtti testsúly 21%-a. A terhesség második felében a testsúly havonta átlag 1.7 kg-mal nő. A szülés előtti súlycsökkenés itt valamivel kisebbfokú, mint az egészséges terheseken. Anyagunkban a szülés alatti és gyermekágyi súlyvesztés legmagasabb értéke 17 kg-ig terjed s középértékben 9 kg. volt.

A b) csoportba tartozó súlyosabb terhességi mérgezések eseteiben a testsúlygörbe még meredekebben szökik fel a terhesség 5-ik hónapjától kezdve s bár a 7-ik hónapban ellaposodik, a 8-ik hónaptól ismét gyorsan emelkedik a szülés előtti napokig, sőt gyakran a szülésig. A szülés előtti súlycsökkenés az esetek felében kimutatható ugyan, de egészen jelentéktelen. A terhességi testsúlygyarapodás összege a 27 kg-ot is elérheti; középértékben 13 kg. volt, a terhesség előtti testsúlynak 23%-a. A terhesség második felében a súlygyarapodás havi átlaga 2.5 kg. A szülés alatt és a gyermekágy első hetében a testsúly rohamosan s átlag 10



--- = Egészséges terhesek súlygörbéje.
 = Könnyű mérgezéses terhesek súlygörbéje.
 — = Súlyosabb mérgezéses terhesek súlygörbéje.

kilogrammal esik; anyagunkban a legnagyobb észlelt súlyesés 22 kg. volt. E csoportba tartozó eseteink testsúlyváltozásait a 3. görbe tünteti fel.

Ha a három csoport (egészséges, könnyű- és súlyosabb mérgezéses terhesek) súlygörbéjének csak a terhesség második felére eső szakaszait hasonlítjuk össze, akkor eltérésük még szembetűnőbb, mert az egészségesek 5kg-os súlygyarapodásával szemben a „könnyű” mérgezéses terhesek testsúlya az 5-ik hónap végétől átlag $6\frac{1}{2}$, a súlyosabb mérgezésben szenvedőké pedig 10 kg-os emelkedést mutat. A terhességi testsúlygörbe feltűnően meredek emelkedése, főleg ha az már a terhesség 7-ik hónapja előtt jelentkezik, lappangó terhességi mérgezés gyanúját kelti fel már akkor, mikor annak többi tünetei (fehérjevizelés, vérnyomásemelkedés, látható nagyobb vizenyők) még teljesen hiányzanak.

Azon terhesekink közül, akiknek súlygyarapodása a terhesség 6—8-ik hónapjában a havi 2 kg-ot meghaladta, 30%-ban mutatkozott a terhesség végén illetve a szülés folyamán nagyobb fokú fehérjevizelés és 25%-ban 160 Hg. mm-t meghaladó vérnyomásemelkedés. Kétségtelen, hogy e szövödmények arányszáma még jóval nagyobb lett volna, ha a gyors testsúlyemelkedést mutató terheseknek nem írtunk volna elő szigorú étrendi megkorlátozásokat már akkor, mikor a terhességi mérgezésnek egyéb tünetei még nem voltak jelen. Az étrendi kezelés és az ezt esetleg kiegészítő ágynyugalom hatására a terhesség 5—7-ik hónapjában meredeken emelkedő testsúlygörbe ellaposodott, sőt egyes eseteinkben a testsúly 4—6 kg-ot is esett; a diuresis fokozódott, az esetleg már kifejlődött vizenyők eltűntek s a toxicosis tünetei a terhesség későbbi folyamán sem mutatkoztak, vagy csak kisebb fokúak voltak. Eklampsia egyetlen, terhessége folyamán hosszabb ideig és rendszeresen ellenőrzött szülőnőknél sem jelentkezett. Az étrendi kezelés befolyása a testsúlyra kórházi szempontból is értékesíthető, mert a diéta kezelésre gyors és nagyfokú súlyeséssel reagáló eseteink kórházi állapota jobb, mint azoké, akiknek testsúlya étrendi kezeléssel csak alig, vagy egyáltalán nem volt befolyásolható.

Az elmondottakat összefoglalva, a terhesség folyamán végzett rendszeres testsúlymérések jelentőségét abban láthatjuk, hogy a súlygörbének a rendesnél meredekebb emelkedése mint a terhességi vesebaj előfutára már hetekkel a többi tünetek előtt felhívja figyelmünket a toxicosis veszélyére s így lehetővé teszi, hogy idejekorán elkezdett — elsősorban étrendi — gyógykezeléssel a súlyosabb terhességi mérgezésnek elejét vehessük. A terhességi testsúlygörbe kórjelző értéke annál nagyobb, minél korábbi idejében a terhességnek kezdjük el a rendszeres testsúlyméréseket. Nagyobb számú megbízható súlyadat-sorozat feldolgozásától e kérdéscomplexum eddig még homályosabb részleteinek felderítését s elsősorban a súlygörbe kórházi jelentőségének pontosabb megállapítását remélhetjük.

Bronchitis, laryngitis, pharyngitis, pertussis, pneumonia, broncho-pneumonia eseteiben biztos hatású az *Expectin* cseppek. Egy üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratorium, Budapest, VI., Teréz körút 27.

Budapesti gyógyfürdő keresztény alorvost, vagy alorvosnőt keres a nyári idényre. Ajánlatokat a kiadóhivatalba kérünk.

A Pázmány Péter Tudomány Egyetem urológiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza ny. r. tanár.)

A sulfamid készítmények okozta ártalmakról.

Irta: Vondra Nándor dr. egyetemi tárarsegéd.

Azofestékekkel végzett kísérletek során jutottak egyesek arra a megállapításra, hogy e vegyületek baktericid hatásúak. Különösen akkor terelődött rájuk a figyelem, amikor Domagk (1935) állatkísérleteivel bizonyította hatásosságukat streptococcus fertőzésekkel szemben. Az általa használt bonyolult vegyületből csupán a szervezetben lehasadó paraamidobenzolsulfamid gyök hatásos. Ezt főképpen erysipelasban és más streptococcus fertőzés esetén használták jó eredménnyel. Azóta e készítményeknek és kombinációinak egész sora jelent meg a gyógyszer piacon és számos dolgozat foglalkozott azok eredményeivel, jó és káros hatásával. A szervezetben lehasadó p-aminobenzolsulfamid gyöknek hatását a szerzők különbözőképpen magyarázzák. Colebrook kimutatta, hogy a szer in vitro csiraölő hatású, Frankl viszont — az arzenobenzol készítmények analógiájára — a szervezet védő erejének serkentésében látja a szer hatásosságának magyarázatát. Sok szerző szerint a sulfamid készítmények a fehérvérsejtek phagocytáló képességét fokozzák. Levaditi szerint közvetlenül hat a bakteriumra és annak resistenciáját csökkenti. Gonnorrhoeában is kísérleteztek az elő sulfamid készítményekkel, azonban igen kevés eredménnyel. Ismét Domagknak sikerült egy újabb sulfamidszármazékot előállítani, mely a streptococcus mellett a straphylococcus és gonococcus fertőzés ellen is hatásos volt. Felke és Grütz számoltak be először tapasztalataikról. Természetesen a rövid kísérleti idő miatt frappáns eredményeiket túlértékelték és az ő eredményeik alapján egyesek a kankó kérdését megoldottnak látva, a helyi és más szerekekkel kezelést szükségtelennek tartották. Azonban minél számosabban folytattak kísérleteket és közölték tapasztalataikat, annál inkább kialakult az új gyógyszer valódi értéke és a többi kezelési eljárásokhoz való viszonya és kombinációja. Legtöbb szerző Janet-öblítéssel párosítja, mások káliumhypermanganátos fecskendezéssel; Schreus vaccina kezeléssel, Glíngar a húgycsőben lévő genyestasakok mechanikus kiürítésével kombinálja. Schubert minden kankót az első naptól kezdve már sulfamiddal gyógyít, míg a többi szerzők majdnem kivétel nélkül csak a második héttől kezdve láttak jó eredményeket. Az adagolás is eléggé változó, de általában Felke adagolási formuláját használják: 3—5 napig 3 g hatóanyag naponként, a betegség második hetében és eredménytelenség esetén a következő lökés az előbbi módon 6—10 nap multán. Természetesen a túlادagolások súlyos mérgezéseket okoztak és a normális, szokásos adagolási mód mellett is kellemetlen mellékhatások jelentkeztek, melyek miatt a gyógyszert sokszor abba kellett hagyni.

A budapesti Egyetem Urológiai klinikájáról már Szira, majd Steller és Illyés Endre beszámoltak a sulfamid származékokkal elért eredményeikről; dolgozatomban a sulfamid készítmények ártalmas hatásaival kívánok foglalkozni, természetesen a beszámolóok óta észlelt és még nem közölt mellékhatásokról is.

Általános, enyhe tünetek majdnem mindegyik beszámolóban előfordulnak. Ezeknek legnagyobb része azonban nyom nélkül eltűnt, ha pár napra elhagyták a gyógyszert és tovább lehetett folytatni a kúrát anélkül, hogy a kellemetlenségek ismét jelentkeztek volna. Leggyakoribbak a fejfájás, szédülés, émelygés, hányás, álta-

lános rossz közérzet, ezek azonban mint már említettük a gyógyszer időleges kihagyására rendszerint elmúltak vagy a súlyosabb tüneteknek bevezetőivé váltak. Klinikai betegeinken uliron alkalmazásakor egy esetben jelentkezett igen erős hasmenés, ami a gyógyszer kihagyására elmaradt, de az újbóli próbálkozásra ismét jelentkezett, úgy, hogy a kúrát félbe kellett szakítani. *Stümpke* is észlelt enteritist uliron hatására. *Gennerich* leírt egy esetet melyben a hasmenést erős bélvérzés követte; ez esetben súlyos mérgezés történt, mert a beteg a helyes orvosi rendelés ellenére 22 nap alatt összesen 155 tabletta (77.5 g) uliront fogyasztott el. *Gennerich* a bél capillárisok toxin okozta áteresztő képességével magyarázza a bélvérzést.

Az általános tüneteknél súlyosabbak a bőrkiütések, melyek a legváltozatosabb formában jelentkeznek: morbilliform, scarlatiniform, urticária szerű, maculosus, papulosus, vesiculosus, stb. . . . alakban. Ezen változatos megjelenési forma mellett a kiütések súlyossága is különböző. Többen a kiütésekkel egyidejűleg bőr vérzéseket is észleltek. *Grünig* 38 sulfamid okozta kiütést ír le, melyekből a legtöbb (27) morbilliform volt; 4 esetben a végtagokon nagy foltos exanthema, a tenyéren és talpon erős viszketéssel. *Euler* és *Röntz* 1-1 halálos esetet is ismertet. *Euler* esetében egy 36 éves nő 36 g uliron után az egész testen összefolyó kiütéseket kapott, emellett a szájban apró vesiculák és a garatban alhártlya keletkezett. Néhány nap múltán a hólyagcsák összefolytak, általános állapota romlott, a bőr is fellezult, levált. *Röntz* esetében fiatal férfinak 20 g uliron után a tizedik napon vörhenyszerű kiütése keletkezett 41 fokos láz és glomerulonephritis kíséretében. Majd a bőrön genyedő jelenségek mutatkoztak és a halál általános sepsis tünetei között következett be. Klinikai anyagunkból csupán egy esetben észleltünk bőrkiütést: 21 éves férfin 30 g elektlyl után, a III. lökés 2-ik napján (5 napig 3-szor 2 tabletta, közben 6 nap szünet), tehát a 18-ik napon hyperaemiás szélű, a bőrből kiemelkedő, lencsényipengőnyi, rózsaszínű, viszkető, fájdalomtalan kiütések jelentkeztek testszerte. A kiütések a gyógyszer elhagyása után csak 2 hét múlva tűntek el. — A legtöbb szerző a gyógyszerelés 9—12-ik napján látta a kiütéseket megjelenni; a mi esetünkben a 18-ik napon jelentkezett az. *Schreus* esetében a gyógyszer kihagyása után rövidesen eltűntek az exanthemák, azonban az újból szedésre ismét előtűntek; *Felke* betegén az újból adás reactio nélkül zajlott le, míg *Rotter* nem is hagyta ki az uliront és ennek ellenére a kiütések rövidesen eltűntek. Sokszor megelőző tünetek is voltak: fejfájás, hányinger, subfebrilitás. A kifejlődött exanthemákat gyakran hidegrázás, hányás, heves fejfájás kíséri. *Grünig* egy esetben a kiütéssel együtt albuminuriát is észlelt. Az adag nem minden esetében volt magas, hiszen *Grünig* már 3 g uliron után is látott kiütést. Mivel a kiütések megjelenése rendszerint a II-ik lökés első napjaiban szokott bekövetkezni, minden valószínűség szerint feltehetjük, hogy ennek oka a cumulálódás. *Döllken* kimutatta, hogy 3 g uliron beszedése után még 7 nap múltán is kimutatható volt az a vizeletben.

Egyébként vesebántalmakat is leírtak többen, így *Grünig* albuminuriát exanthemákkal együtt egy esetben, egy ízben deréktáji fájdalmat és egy esetben 12 g disep-tál után teljes 48 óráig tartó anuriát tapasztalt. *Röntz* glomerulonephritist írt le, *Korn* 2 betegének pedig fehérjét talált a vizeletében. Klinikánk nagy anyagából uliron, elektlyl, stb. adagolásra vesebántalmat nem látunk. *Deseptyl* huzamosabb adagolása mellett észleltük a vizeletüledékében a vörösvérsejtek megszorodását,

azonban csak oly esetekben, amikor már cyanosis és a vörösvérsejtszám nagyfokú csökkenése bekövetkezett. Leírnak exanthemát, mihez 2 héttel később súlyos sárgaság csatlakozott, azonban a máj nem volt megnagyobbodva, de a vizeletben igen sok urobilinogen volt.

A vérképet legtöbb szerző uliron és származékainak adagolása alatt és után változatlanul találta. *Szép* a vérképben a lymphocyták megszorodását észlelte; néhány esetben mi is hasonló eredményt kaptunk. Az első készítményekkel (*prontosil*, *deseptyl*, *ambesid*, stb.) nem kankós betegek vérképét vizsgáltuk s erről az alábbiakban számolunk be: 12 esetben láttuk a vörösvérsejtek megfogyását huzamosabb *deseptyl*, illetőleg *ambesid* szedése után. 3 esetben 3.500.000-ig csökkent, 7 esetben 3.000.000 körüli volt a vörösvérsejtek száma; 2 esetben pedig 2.600.000, illetőleg 2.100.000-ig szállt alá a vörösvérsejtek mennyisége, természetesen ezzel arányosan a haemoglobin is 47, illetőleg 42%-ra esett. A *Schilling* vérképben legfeltűnőbb a lymphocyták megfogyása, melynek százalékos arányszáma 8, illetőleg 10 % volt. A segmentált leukocyták kissé megfogytak, a fiatal alakok ellenben 16—20%-ra szaporodtak. Eredményeink csaknem teljesen fedik *Czaykovszky* észleleteit, azzal a különbséggel, hogy mi a leukocyták mennyiségi megfogyását nem észleltük, sőt néhány esetben azok kis fokban megszorodtak. Másik különbség, hogy amíg a vérkép teljes restitutioja megtörtént, hosszú hetek multak el, míg ő maximalisan 10—12 nap alatt látta a normális viszonyok helyreállítását. Ezen betegeiken a nagyfokú sápadtság mellett feltűnt az ajkak és kör-mök szederjessége is, mi a methaemoglobin képződéssel magyarázható, különösen akkor, ha a kántartalmú gyógyszert (sulfátos hashajtót) fogyasztottak betegeink (sulfmethaemoglobin). — Így egyik esetünkben a beteg sulfamid szedését megelőzően sulfoleint kapott. Két esetben elektlylrel kezelt kankós betegünkön észleltünk acrocyanosist; ulironnal több külföldi szerző is hasonló elváltozást látott.

A sulfamid-ártalmak közül legsúlyosabbak a *neuritis*ek, részben mert hosszú ideig tart a gyógyulásuk, részben mert foglalkozása gyakorlásában is gátolhatja a beteget. Az eddig leírt 33 esetből feltűnő, hogy valamennyi eset ulironnal, illetőleg disep-tállal történt és valamennyi beteg gonorrhoeás volt. Más betegség esetén használt sulfamid-készítmények sohasem okoztak neuritist. Az eddig közölt 33 esethez csatlakozik a klinikán észlelt 2 eset, tehát már összesen 35 van. A neuritis karakteristikus támadáspontja a *nervus peroneus*, mely a 35 eset közt 31 esetben betegedett meg. Ezen 31 eset közül 20-ban a *peroneus* paraesishez csatlakozik a *nervus tibialis* bántalma is. Ritkán csatlakozik ezekhez egyidejűleg a kar idegeinek gyulladás is; így *Barnewitz* 3 és *Titze* 1 esetében az előbbiekhöz a *nerv. medianus* bántalma is társult, de csak egy esetben fordult elő (*Fischer C.*), amikor 31 gr. uliron után a plexus brachialis magában betegedett meg. A klinikán észlelt egyik betegen a *nerv. peroneus* és *tibialis* betegedett meg mindkét lábon, míg a másikon csak a *nerv. peroneus* területén keletkeztek a kiesések. Az előbbi egy 26 éves atléta természetű tisztviselő volt, kinek heveny kankója második hetében 4 napon át 3x2 tabletta elektlyl adtunk. Folyása csökkent, az első vizeletportio még kissé homályos volt, ezért 1 hét után 4 napig 4x2 tabletta elektlyl szedett. A második lökés befejezése utáni napon mindkét alszárban zsibbadást érzett, járása bizonytalan, dülöngélővé vált. Nem tudta lábfejét felemelni, hanem csak dobálta s ezáltal a járása kissé spastikus lett. Lábujjhegyre nem tudott állni. Mindkét alszárának

hajlító oldalán fájdalmat érzett, oly érzése volt, mintha „izomláza” lenne.

Az első ideggyógyászati vizsgálat eredménye a következő: A koponya ütögetésre nem fájdalmas. Szemrések egyenlőek, a szemmozgások szabadok, nystagmus nincsen. A cornealis reflex kiváltható, a pupillák közep-tágak, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. A facialisok, hypoglossusok rendben. A beteg felső végtagjain az izomzat tonusa, terjedelme, consistentiája rendben, fibrillatio nincs. A jobb alsó végtagon az izomtonus kismértékben fokozott. A patellareflex különösen jobboldalon fokozott, kiterjedtebb reflexogen zónával. Az Achilles-reflex fokozott és mindkét oldalon positiv Babinski. Oppenheim negativ kétoldalt. Clonus nincs. A hasreflexek jobboldalt nem válthatók ki, baloldalt gyengültek. A jobb lábszáron és a lábfejen foltos hypaesthesia. A test minden egyéb részén az érző-körben eltérés nincs. Psychikusan ép.

6 héten át tartó, hetenként háromszori betaxin-injectio és májkivonatok adagolására a beteg állapota javult. Az ellenőrző vizsgálat alkalmával a jobb láb paresise csökkent, a reflexek kevésbé fokozottak, a hasreflexek visszatértek. Járásra a bal lábát teljesen jól használja, a jobb lába lépcsőjárásban, lábujjhegyre-állásban akadályozza. Több gyaloglás után járása bizonytalaná válik és ismét néhány napra visszaesést észlel.

A javulás csak nagyon lassan indult meg. Legelőször a láb fájdalmassága és a járás bizonytalansága szűnt meg. A jobb láb három hónap múltán teljesen tünetmentessé vált; a kóros reflexek mindkét lábról eltűntek, azonban jelenleg hat hónap múltán sem tud a bal lába újhegyére állni. A másik betegünk egy 20 éves, jól fejlett kereskedő, akin az előbbihez teljesen hasonlóak voltak a tünetek, de enyhébb volt a lefolyás és a teljes gyógyulás öt hét alatt bekövetkezett. Mindkét esetben B-vitaminos, injectiós kezelést kaptak betegeink.

Az irodalmi adatok szerint legtöbbször nagy adagokra jelentkeztek e súlyos mérgezési tünetek (átlagban 40 gr.). A legkisebb adag, melyre neuritis keletkezett, 12 gr. volt, a legnagyobb pedig 66.0 gr. Első betegünkönél 28 gr., másodikonál 23 gr. volt az elektrol-össz-mennyisége, tehát a szokásos therapiás adag felső határát még nem lépte át. Ezek a neuritisek a lassú lefolyás ellenére is kedvezően gyógyultak.

Hüllstrung és Krausenak diseptal-B adagolással sikerült galambokon neuritist előidézni; mások pedig megfigyelték, hogy fekvő betegeknek idegtüneteik nincsenek, Engelhardt és Birkenmeier a fentiekből kiindulva galambokkal kísérleteztek: ulironnal etetett állatok egy részét kalitkában tartották, a másik csoportot pedig forgató-dobban izommunka végzésére kényszerítették. Már a 10. napon jelentkeztek idegtünetek a fokozott munkát végzett galambok mindegyikén, míg a nyugalomban lévők tünetmentesek maradtak. A klinikán észlelt neuritisek egyike sem támogatja a fenti tapasztalatokat, mert mindkét betegünk az elektrol-lökés alatt csak a legszükségesebb mozgásokat végezte. Freusberg a heveny-kankós neuritiseket elkülöníti a sulfamid okozta toxikus neuritisektől. Az utóbbiak rendszerint symmetrikusak és a distalis, motoros idegeket betegítik meg.

Valamennyi mellékhatásnál tekintetbe kell vennünk tehát első sorban, hogy milyen szakban van a betegség. A 2. héten elkezdett sulfamid-kezeléssel kismennyiségű gyógyszerrel is tökéletes eredményt érhetünk el és ezáltal is csökkentjük a mellékhatások ki-

fejlődésének lehetőségét. Tekintve azt, hogy ritkán kis adagok is súlyos megbetegedést okozhatnak, a lökések alatt és után is állandóan ellenőrizzük betegeinket.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† Dalmady Zoltán dr. kéziratának átdolgozásával írták: Benderek István dr. és Külley László dr.

A mechanoterápia technikája.

Írta: Benderek István dr.

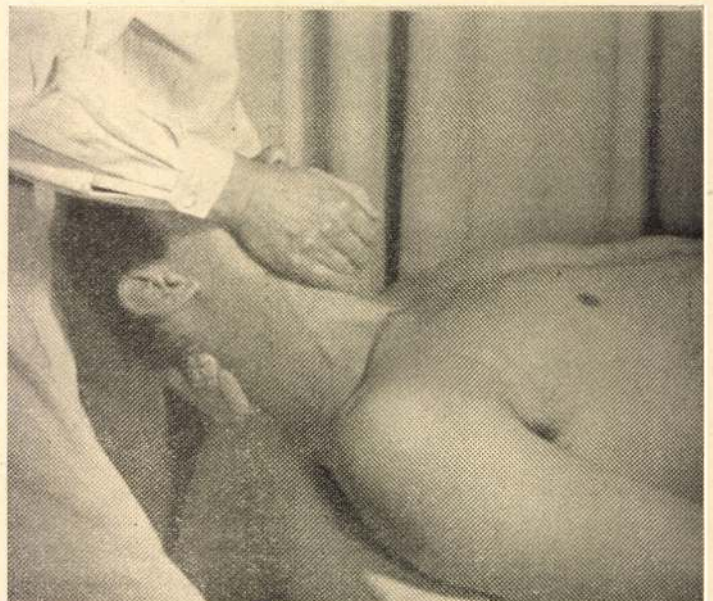
A gyógytorna részletes technikája.

Az általános mozgástanban kifejtett tételekből következik, hogy a gyógytorna a testhelyezeteknek és a testmozgásoknak nagy számú kombinációját alkalmazhatja. A gyógytorna gyakorlati alkalmazása az alapelvek ismeretén kívül csakis gyakorlatilag sajátítható el, még a könyv keretén belül is le kell mondanunk az egyes gyakorlatok és azok technikájának részletes ismeretéről és csak néhány fontos szempontra hívjuk fel a figyelmet.

I. A fej és a nyak tornája:

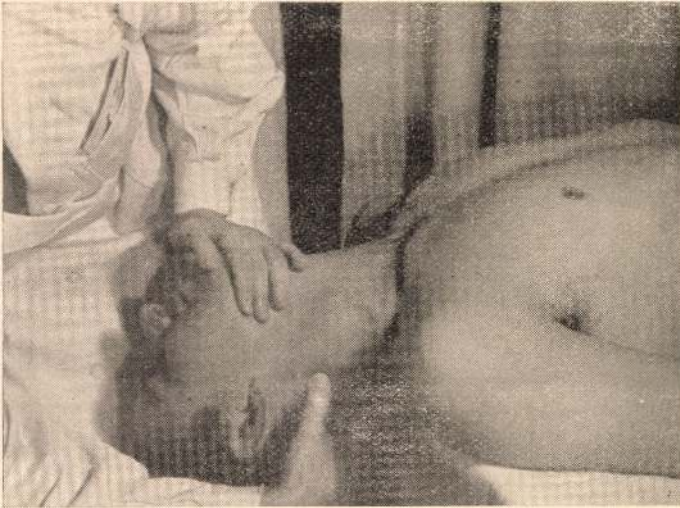
Hajlítás előre és hátra jobbra és balra. Körözés a fejjel, fejfordítás jobbra és balra. A gyakorlat legtöbbször ülő helyzetben történik. A kísérő együttmozgások révén, különösen ellenállásos gyakorlatok alakjában használatosak a has és a törzs izmai foglalkoztatására is. Hosszasan, vagy gyors tempóban végezve szédülést okozhatnak. Leginkább szabadgyakorlatok és kézi erővel végzett torna alakjában használatosak. A tornagépek közül a Herz-féle sorozatban találunk ilyen célra szolgáló készülékeket.

A fej és a nyak tornájánál meg kell említeni Naegeli néhány fogását, melyeket valamikor tulzottan használtak, de ma méltatlanul feledésbe mentek. Ilyen gyakorlatok: a fejemelés. A beteg háta mögött álló tornáztató két oldalról tenyerei közé veszi a beteg arcát. Ebből a helyzetből lassú erőteljes mozdulattal felfelé emeli a beteg fejét és így tartja egy-két percig. Ügyelni kell, hogy csakugyan a beteg fejét emeljük és ne az egész testét. Ez a fogás használható a fej előrehajtására és oldalrafordítására is.



23. kép.

Hasonló gyakorlat a nyak mozgása. A hanyattfekvő beteg mögött elhelyezkedő tornáztató egyik kezét a beteg állkapcsára fekteti, a másik kéz pedig a tarkón van. A fejet emeli, fordítja, és hátrahajlítja, majd rövid ideig így tartja. (23, 24. kép.)



24. kép.

Mindkét gyakorlat végzése óvatosságot kíván, mert szédülést okozhat. Az ortopédiában gyakran használt felfüggesztés, valamint ferdesikra való fektetés sok tekintetben hasonló fej és nyakgyakorlatot jelent, de belgyógyászati szempontból kisebb a jelentősége.

II. A felsővégtag tornája:

a következő részekre tagozódik: az ujjak nyújtása és hajlítása együtt és külön-külön, az egyes ujjpercek közötti ízületek mozgása. Passzív körözés nyújtott ujjakkal az alapízületben. Az ujjak terpesztése különböző csoportosításokban, különböző hajlítási és csukló helyzetekben is. A hüvelykujj minden mozdulata: nyújtás, hajlítás, távolítás, közelítés és a körözés, mindegyiket külön kell gyakorolni. Külön gyakoroljuk a mindennapi élet bizonyos összetett mozgásait is: különböző méretű és alakú tárgyak megfogása ujjakkal és marokkal. Író toll fogása, pénzsámlálás, kilincs megfogása, szerszámok használata, stb.)

A csukló mozgásai:

Hajlítás előre, hátra, jobbra és balra. Körözés, pronáció és szupináció. Segédeszköz gyanánt jól használható a marokba szorított és esetleg az egyik végén súllyal terhelt rövid bot. A mozdulatok végzéséhez használatunk tornagépeket is. Az ujjak és a csukló gyakorlatainál figyelembe kell venni a feszítők viszonylagos rövidegét is.

A könyökizület mozgásai:

Nyújtás, hajlítás, pronáció és szupináció. A gyakorlatok jelentősége változik a vállizület helyzetével. A 22. kép a kétfejű-izom ellenállási gyakorlatát mutatja, de ilyen fogással történik a könyökizület nyújtása is. A könyökmozgásokhoz igen jó tornagépek vannak, legtöbbször külön szerkezet a jobb és a bal oldal számára. Ez a körülmény sokakat arra csábít, hogy a két oldalt egyszerre vegyék munkába, ami rendszerint a gyakorlatok tökéletességének a rovására történik. Helyi célok szolgálatában, a beteg izmokat kezelve, mindig csak egy oldalt szabad egyszerre foglalkoztatni, mert csak így biztosítható a beteg helyes elhelyezkedése.

A felkar gyakorlatai:

A felkar megfelelő rögzítésével lendített mozgásokat is jól lehet végezteni. A gyakorlatot egyszerű közbevehető súlyokkal is lehet végezni. Ilyen súlyok sorozatát Zander is ajánlotta. A másik lehetőség az alkarra kötött súllyal terhelt rudakkal való tornagyakorlat. A szabadgyakorlatok közül a fekvőtámaszt, a tornaszereken pedig a húzódszkodási gyakorlatokat végezhet a beteg. Meg kell jegyeznünk, hogy ezekben a gyakorlatokban igen sok más ízület és izom is foglalkozik.

A vállizület gyakorlatai:

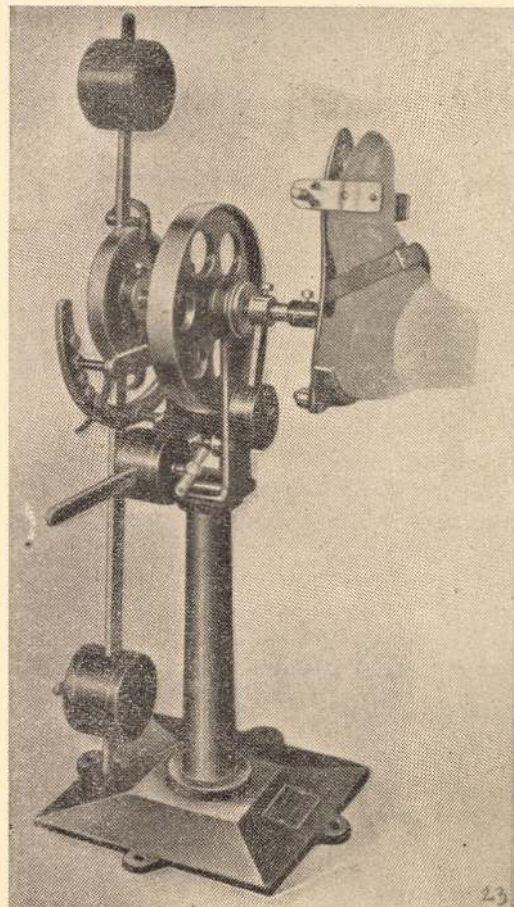
A vállizület és általában a vállöv igen bonyolult. Fizikai tulajdonságai jelentékenyen változnak a test helyzete szerint és az egyes testrészek — például a lapocka — mesterséges elhelyezése szerint is. Mint gyakorlatok a következő mozgások jönnek számításba: a könyökben derékszögben hajlított kar mozgása, körözés nyújtott karral, a nyújtott kar forgatása, karlendítés föl és karlendítés oldalt.

A lapockák gyakran szükséges rögzítését legjobban a segéd tudja végezni kézi erővel. A használatos tornagépek a körözést (21. kép) (lendített és fékezett formában), a karok vízszintes síkban való mozgását továbbá a váll és a könyök összetett mozgásait tudják végezni.

A karok vállizületből történő mozgásai szoros kapcsolatban állnak a mellkas légzési tevékenységével, miért is ezeknek a gyakorlatoknak a végzésénél a helyes lélegzésre ügyelni kell. Ezeknek a gyakorlatoknak egy része a légzési gyakorlatoknál is felhasználható.

III. Az alsóvégtag gyakorlatai:

A lábujjakkal aktív gyakorlatot ritkán végeztünk, legfeljebb az összes ujjak egyszerre történő haj-



25. kép.

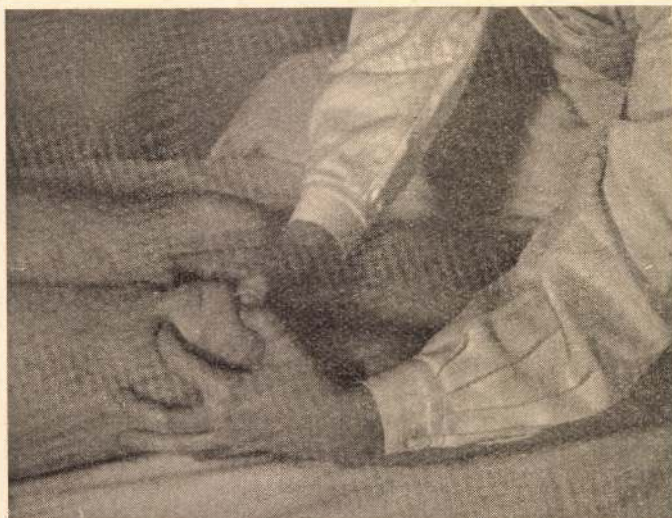
lítását és nyújtását. Passzív gyakorlatokat rendszeresen masszázssal együtt szokás végezni, megmozgatva az egyes ujjpercek közötti és az ujjpercek és a lábközépcsontok közötti ízületeket. A hüvelykujj mozgásai beleértve a távolítást és az emelést is külön gyakorolhatók.

A lábfej mozgásai:

A lábfej gyakorló mozgásai alig választhatók külön a boka mozgásától. Külön kell gyakorolni a boltképzést, ez a szupinációval szorosan összefügg. A boka nyújtása és hajlítása a lábfej fordítása jebbra és balra, (25. kép) körözés, végül pronáció és szupináció.

A térdizület gyakorlatai:

A térdizület mozgásai közül a nyújtást és a hajlítást gyakoroljuk. A beteg ülő, vagy hasonfekvő helyzetben van. A mozgások könnyítettek és nehezítettek. A térdizület gyógytornájánál előnyösen használhatjuk a tornagépeket, de itt is hangsúlyozzuk, hogy a beteg testrészt nem szabad egy másik taggal közös kapcsolatban szimultán kezelni. A térdizület gyulladásainál igen fontos a térdkalács kimoogatása. (26. kép.)



26. kép.

A csipőizület gyakorlatai:

A csipőizület igen sok gyakorlattal foglalkoztatható, de olyan kevés van, mely kizárólag a csípőt érintené. Nyújtott térdrel végeztetjük az emelést előre, hátra, (20. kép) oldalt, esetleg lendítve, vagy kézzel könnyítve, illetve gátolva. Értékes gyakorlat hanyattfekvő, vagy függő helyzetben végzett páros combemelés előre, valamint terpesztés és zárás. A combforgatás fekvő, vagy állva különösen passzív, és könnyített mozgásoknál szerepel. Hajlott térdekkel hanyattfekve is gyakorolható a terpesztés és a zárás. A zárást a medence emelésével is összekapcsolhatjuk. A tornagépek az alsóvégtag nyújtását, csípőben való hajlítását, zárását és terpesztését teszik lehetővé. A taposómozdulat számos ízületet foglalkoztató mozgás. Nagy ízületekről lévén szó, a tornagépeknek nagyobb jelentőségük van.

Ugyancsak csipőgyakorlatnak számít a medence-emelés is. A hanyattfekvő beteg medencéjét nyújtott lábakkal igyekszik emelni, homorít és csak a vállaira és a sarkaira támaszkodik. Ezt a gyakorlatot passzív mozgás alakjában is végezzük. Hasonló csipőizületi elmozdulás érhető el nyújtott karokkal függő, de a lábival még a talajt érintő betegen is.

IV. A törzs és a gerinc gyakorlatai:

Az előbbi gyakorlatok már átmenetet képeznek a törzs gyakorlataihoz.

Törzshajlítás előre (a gyógytornában = felülés fekvő helyzetből), törzshajlítás oldalt és hátra (felegyenesedés túllógó törzsszel előreahajlásból. Nem szabad összetéveszteni a homorítással). Körözés a törzsszel, törzsforgatás jobbra és balra, homorítás. A gyakorlatok hatása és nehézsége függ a kiindulási helyzettől.

A belgyógyászat szempontjából a reumás betegeknél, a légzésigyakorlatok keretében és a hasüreget záró izomzat erősítésében van jelentősége a törzs és a gerinc gyakorlatainak. A mozgulat természetét, a foglalkoztatott izom megerősítését lényegesen módosítja minden olyan fogás, mely a mozgulatot aszimmetriássá teszi. Például a karok, vagy a csípő aszimmetriás elhelyezése. Nehezített gyakorlatok a következők is: homorítás hasonfekvő helyzetből, törzsemelés hátra.

A tagok elhelyezése az érvényesülő forgatónyomatok változásával a gyakorlat nehézségét is befolyásolja. (Például a törzsemelés, felülés hanyattfekvő helyzetből, más nehézségű aszerint, hogy a kezek a csípőn, vagy hátranyújtva vannak elhelyezve.)

A csigolyák ízületeinek a betegségeinél nagy jelentősége van a gerinc passzív gyakorlatainak (27., 28. kép).

A törzsgyakorlatok közé szokás még sorozni a fekvőtámaszból történő medenceemelést is.

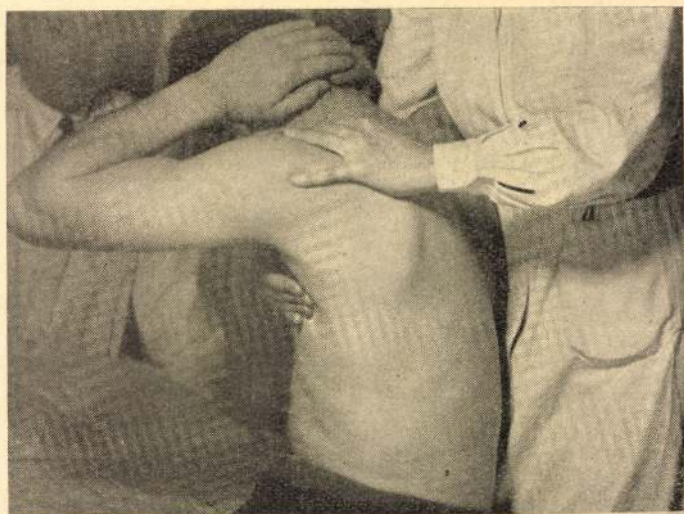
A különböző tornaszerek is alkalmasak a törzs és a gerinc gyógytornájának a kivételéhez. (például gyűrű-hinta, stb.)

Az ortopédia a gerinc elferdüléseinek és a hibás testtartásoknak a gyógyítására nagyszámú tornagyakorlatot használ, a legkülönbözőbb segédeszközök igénybevételével.

A mellkas gyógytornájával még a légzési gyakorlatoknál is találkozunk.

A medence izomzatának gyakorlatai:

A gyógytornának eléggé elhanyagolt, pedig elég nagy gyakorlati jelentőségű részét képezi a medence, különösen a végbél és a hüvely izomzatának aktív gyakorlása. A gyakorlatok lényege, hogy a beteg ülő, vagy fekvő helyzetben a záró izmokat akaratlagosan beidegzi, a gyakorlattal erősítve az izmokat. Több rendszert di-



27. kép.

goztak ki, különböző más mozgásokkal kapcsolva egybe az előbb említett beidegzést. Ilyen gyakorlat a záróizmok beidegzésével egyszerre végzett medenceemelés (hanyattfekvésből), vagy az izomcsoport gyakorlása a légzés fázisa szerint. A kúra heteken át tart, a gyakorlatot naponta sokszor kell ismételni. (Cold, Oldewig.)

V. A légzési gyakorlatok.

A légzési gyakorlatok különleges helyzetüknél fogva a mechanoterápia külön fejezetét képezik. Itt az élettani részt a gyakorlati résszel együtt tárgyaljuk.

A légzés rendszeres gyakorlásával a mellkas alakját és a légzést módosítani tudjuk, sőt még a vitálkapacitás is növelhető.

Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a vitálkapacitás nem mértéke az egészségnak és elfogultság lenne más szempontok elhanyagolásával csak ennek a fokozására törekedni.



28. kép.

A rendszeres légzési gyakorlat nemcsak a tüdők állapotára hat, hanem az egész szervezetre. Szembetűnően változik a vérkeringés is. A belégzés megkönnyíti a vérnek a szív felé való áramlását és megnehezíti a vér kijutását a mellkasból. A kilégzés hatása ellenkező. Ezt a jelenséget felhasználjuk bizonyos fajtájú szívbetegségek gyógyításánál. Még a mesterséges légzés életmentő hatása is részben a vérkeringés támogatásán alapszik. Ha valaki teleszívja magát levegővel, majd zárt hangrés mellett kilégzést idegez be, vagyis a levegőt nem ereszt ki, a vér könnyen kijut a szívből és nehezen tér vissza, a környéki részekben pedig az erek duzzadnak a vértorlódástól. A vér felfrissülése a tüdőben elmarad és a szívizom tápláltsága romlik. Mikor a légzés felszabadul és a mély légzések egyszerre a mellkasba zúdítják az összetorlódott viszeres vért, a szív működés zavarai állhatnak elő. Így keletkezik a sportolók szívtágulása (sportszív), így állhat be a szívbeteg beteg hirtelen halála nehezebb munka végzésénél, nehez székelésnél, stb.

Itt kell megemlíteni azt az ismert jelenséget is, hogy a nem kellően szellőzött tüdőben, ha a vérkeringés is gyöngye — például idősebb szívbeteg emberen — könnyen támad tüdőgyulladás. Ezért nem szeretjük az öreg ember tulságosan nyugodt hanyattfekvését, ezért ajánljuk a felültetést és a helyzetváltozást.

A tapasztalás bizonyítja, hogy a légzési gyakorlatokkal, melyekben különösen a kilégzést tökéletesítjük komoly eredményeket tudunk elérni.

Tudjuk, hogy a légzés a bordák és a légzőizmok, valamint a rekeszizom mozgásánál fogva, nemcsak a

légző és a mellkasi szervekre, hanem a hasüregre, a nagy erekre közvetlenül; közvetve pedig az egész szervezetre hatással van.

A rekeszizom ritmikus működése a hasüri szervek elválasztására (máj, hasnyálmirigy), valamint a bél működésére gyakorolt hatást. A nagy vénákra — különösen a vena cava superiorra — szívóhatást fejt ki. Az állandó ritmikus mozgás a bordák és a csigolyák ízületeit veszi igénybe.

Az elmondottakból következik, hogy a légzőmozgást végző szervek betegségei más szervek működésére is kihatnak. Olyan esetekben, melyekben a légzés valami oknál fogva gátolt, az oxigén és a széndioxid normális egyensúlya megbomlik a vérben, mert a tüdő nem tudja a gázcserét tökéletesen végezni. Ha a baj súlyosabb a beteg fulladási tünetei igen kifejezettek. A fulladási tünetek jelentkezhetnek állandó nehézlégzés formájában és fulladási rohamokban. A nehézlégzés állandó kísérője az idült hörghurut. A hurut sok esetben igen kellemetlen váladékot termel, a hurutos légutak ellenállása pedig csökkent a fertőzésekkel szemben. Az asztmás és az emfizémás megbetegedések a beteg szívét is erősen igénybe veszik.

A mechanikus gyógytényezőket ezeknél a betegségeknél kétféleképpen vehetjük igénybe:

I. Az egyik eljárás a légzőmozgások egyszerű gyakoroltatása,

II. a másik lehetőség esetében mechanoterápiás eljárások segítségével a beteg belégzés, inhaláció alakjában gyógyszert visz be a szervezetébe, vagy pedig megváltoztatjuk a beteget környező levegőt. A levegőt megtisztítjuk a benne lebegő és a betegre nézve ártalmas apró szemcséktől (allergenektől), majd megfelelő páratartalommal ellátva és a szükséges hőfokra temperálva juttatjuk a beteg szobájába (allergénmentes kamra).

I. A légzési gyakorlatok kivitele lehet aktív és passzív. A passzív gyakorlathoz számítjuk a különböző nyomás alatt álló levegő belélegeztetését is.

A beteg az aktív légzési gyakorlatokat természetesen minden külső segítség nélkül végzi légzőizmainak a működtetésével. Az aktív gyakorlatok két csoportra oszlanak a kétféle légzés típusa szerint; tehát megkülönböztetünk mellkasi légzés és hasi légzés végzésére szolgáló gyakorlatokat.

A mellkasi jellegű légzés gyakorlatai:

1. Terpeszállás, karlendítés oldalt, majd ebből a helyzetből a karokat lassan — a beidegzés idejének megfelelően — a fej fölé emeljük és zárjuk. Karokat lassan le — ezalatt történik a kilégzés.

2. Karlendítés előre, ebből a helyzetből a beteg lassan, de erőteljesen oldalra viszi a karjait (beidegzés), a hatást a fej hátraszegése növeli. Karokat le (kilégzés).

A hasi jellegű légzés gyakorlatai:

1. Állóhelyzetben. Terpeszállás. Karokat csipőre, törzsforgatás (belélegzés az egyenes helyzetben).

2. Fekvő helyzetben. Fekvés, mély belégzés, felülés, kilégzés.

Akarmelyik gyakorlatot végeztetjük is mindig figyelni kell a légzés ritmusára és a megfelelő időtartamra.

Ezek a légzési gyakorlatok a mellkas és a törzs mechanoterápiájánál is felhasználhatók.

Passzív gyakorlatok. Ha a tornázható segít a betegnek az úgy történik, hogy az asztalon fekvő beteg mellkasára teszi a legyezőszerűen szétterpesztett kezeit

— mindegyiket a megfelelő oldalra. Kilégzésnél nyomást gyakorol a beteg mellkasára; belégzéskor a nyomást szünteti. Az egész gyakorlat nagyon hasonlít a mesterséges légzéshez.

A légzési gyakorlatok céljaira igen sokféle fépet szerkesztettek. Lényegük rendszerint az, hogy kilégzés alatt a beteg mellkasát megfelelően összenyomják.



29. kép.

A passzív gyakorlatokhoz tartozik még azoknak az álarcszerűen az arcra helyezhető készülékeknek a használata, melyek a légzést gátolják, illetve alacsonyabb és magasabb nyomás alatt lélegeztetik a beteget.



30. kép.

II. Légzés útján inhalációval gyógyszereket vihetünk be a szervezetbe. (Elsősorban azok a szerek jönnek számításba melyek helyileg hatnak. Leggyakrabban illó olajokat és sóoldatokat lélegeztetünk be párologtatva illetve porlasztva. Kisebb rendelőkben a beteg a készülék elé ül és a képződött gőzt, vagy a porlasztott anyagot beleheli. Ilyen készüléket a beteg a lakásán is használhat. (29. kép.) Nagyobb intézetekben társas inhala-

tóriumok vannak, rendszerint több és minden teremben más tartalmú és töménységű levegő van.

Olyan helyeken, ahol a gyógyforrás vizét felhasználják inhalálásra, ott szőlővenyigéből hosszú, magas, esetleg 1—2 emeletnyi magas sétányokat építenek. A víz a vesszőkön csurog keresztül. A venyigék nagy felületet képezve gyorsítják a párologást. Az ilyen helyeken való tartózkodás és sétálás nagyon kellemes. Az elgondolás azonban nem egészen helyes, mert a gyógyvizben levő sók a párologással nem jutnak a levegőbe. Legfeljebb annak a sómennyiségnek a hatása szerepel, melyet a száraz rözsékről a levegőbe visz a szél.

Intézetek, szanatóriumok allergénmentes kamrákat rendeznek be, ahol a tisztított és temperált levegő panaszmentessé teszi a beteget. (30. kép.) (Folytatjuk.)

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: Prochnow Ferenc és ifj. Verebélj Tibor.

Adatok a traumás serratus bénulás kezeléséhez. Huber. (Wien. Med. Wschr. 1939. 8.) A körkép conservatív kezelése alkalmával a legtöbb szerző szerint netéz annak eldöntése, hogy mennyi ideig végezhető s mennyire tehető a gyógyulás gyakorisága. A műtéti kezelésnek elvileg két különböző módja az izomplastika s a lapocka rögzítése. Előbbi eljárás lényege a bénult izom irányában jól működő izom átültetése, mely célra szolgálhat a nagy mellizom mellcsonti része (Samter, Lexer), ugyanez a m. subscap. (Coenen) vagy a teres maiorral (Hass). A rögzítés módjai egyrészt a rögzítéskor használt anyag minőségében, másrészt a támaszpontok megválasztásában különböznek. Régebben drótot használtak (Eiselsberg, Mathien, Rey) később selyemvarratot (Willich, Hass), majd bonyecsíkokat (Kirschner) alkalmaztak. Kirschner már 1913-ban az eredményes műtét feltételeit a következőkben határozta meg: 1. szükséghez képest több ponton rögzítés; 2. a rögzítőanyag húzási iránya úgy határozandó meg, milyen módon történő kéznyomás gátolhatja meg legjobban a kóros állást; 3. rögzítő anyagul bonyecsíkok felhasználása. Szerző 19 éves fiún a j. o. thorac. long. izolált teljes bénulását a fenti elvek szerint operálta, előző 10 heti sikertelen conservatív (elektromos) kezelés után. Oldalsó fekvésben felső thorakoplastikához hasonló bormetszésből a köv. támaszpontok szabadabb tétele: 1. a j. o. III. borda hátsó része; 2. a felső lapockaszöglet; 3. a j. o. VI. bordának a hátsóhómaljvonal mögötti része; 4. az alsó lapockaszöglet. A borda részekről a csonthártát letolva és a lapocka részeket átfurva a combból vett bonyecsíkokkal fenti helyeken rögzítés. Prima sebzés, karrögzítés. 1 hét múlva varratszedés, kar felkötése. 2 hét múlva p. p. gyógyult műtéti sebbel távozott. Beteg hat és fél hónapra jelentkezett teljesen ép vállműködéssel, bemondása szerint távozása után két hétre, tehát a műtét után egy hónappal már visszanyerte normális vállműködését annak ellenére, hogy post op. néhány hét múlva az alsó bonyecsík kigenyedt. Szerző és az egyéb irodalmi közlések szerint ennek ellenére az időközben kialakult inszerű, működésileg egyenértékű hegövet már átvette a rögzítés szerepét. Szerző Kirschner elvei szerint végzett és kitűnő működési s kozmikus tartós eredményt nyújtó műtéti eljárást nyugodtan ajánlja. (V. 31.)

Kaveczky Imre dr.

A műtőtermek csirtalanságáról. Masmonteil. (Presse. Méd. 1939. 21.) Erre a célra a kémiai eljárás nem alkalmas hosszú időtartama miatt. Ellenben keresztülvihető fizikai-mechanikus úton. Ennek alaptétele: a műtöt vízgőzzel megtölteni, majd ezt a gőzt kiszívni a teremből. A gőz nem úgy szerepel, mint valamely antisepticum, hanem a csírokat távoztakor magával ragadja. Ezután a terem levegővel ellátása olajsűrűn át szívott levegővel történik. A terem hőmérsékletét s a levegő vízgőztartalmát megfelelő climatisáló villanykészülék végzi. Ennek az eljárásnak az eredménye a fonálgenyedések számának csökkenése, a műtét utáni tüdőszövődmények is csökkentek. Kifejezhetetlen előnye ennek a berendezésnek, hogy a sebész és segítő-társai mentesek a túlfűtött, vízgőzzel telített termék fázrasztó befolyástól. (V. 32.)

vitéz Novák Ernő dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Batizfalvy János és Horváth Kornél.

A supravaginalis és totalis hysterectomiák után bekövetkező urológiai szövődményekről. *Murphy.* (Amer. J. Obst. 1939. 37. 201.) Azt tapasztalta, hogy a méhkiirtásos műtétekkel egyenes arányban emelkednek az urológiai szövődmények is, annak ellenére, hogy nem vette tekintetbe a rákos eseteket. 1229 supravaginalis műtét közül 3,8% szövődött pyelonephritissel, 438 tejes hysterectomia után pedig 10,7%-ban fordult elő heveny veseinfektio. A supravaginalis sorozatban 27 volt a késői fertőzés, míg a teljes hysterectomiák esetében ezek számaránya 21% volt. A supravaginalis operált 13 eset közül 6 esetben 4–15 napig tartó ureter-katheter drainezés vált szükségessé, míg a teljes hysterectomiák utáni esetekben ilyenre sohasem kerül sor. Ez utóbbiak szövődményei sohasem voltak olyan súlyosak, mint a supravaginalis műtétek. Bár a supravaginalis amputatio után százalékosan kevesebb urológiai szövődmény fordul elő, mint a totalis hysterectomiák után, mégis a késői fertőzések nagyobb százalékban fordulnak elő, amit azzal igyekeznek magyarázni, hogy ezekben az esetekben a visszamaradt csont szolgál a fertőzés forrásául. Ezen urológiai szempontokat figyelembevéve szerző a supravaginalis amputatiót ajánlja a totalis hysterectomia helyett. (B. 40.)

ifj. Scipiadés Elemér dr.

Porphyrikiniválasztás a vizeletben terhességi hányás és rángógörcs eseteiben. *Mittelstrass.* (Arch. Gyn. 1939. 168. 351.) Terhességi mérgezésekben a máj szerepe ismeretes, azonban olyan általánosan elismert és használható vizsgáló eljárással, mely annak bántalmazottságát megmutatná, nem rendelkezünk. Eleinte a vizelet urobilinogen-tartalmának ingadozását figyelte, majd ennél jobbnak találta a vizelet porphyrin-tartalmának vizsgálatát, ahol nem a tényleges értékre, hanem az értékváltozásra fektette a főszólyt. A porphyrinanyagcsere meglehetősen bonyolult. A vizeletben a porphyrin ingadozásának többféle oka lehet, azonban a terhességi mérgezések szerző által vizsgált alakjaiban a porphyrin-kiválasztás foka jellegzetesnek volt mondható. A vizsgáló eljárást nem közli, hanem csak utal rá. A porphyrin-kiürítést már rendes terhesség alkalmával is növekedett. Összesen 44, közöttük 35 igen súlyos terhességi hányás esetében mindig emelkedett értéket talált és a legmagasabb érték mindig a legsúlyosabb klinikai állapotnak felelt meg. Az értékelkedés nem előzi meg a klinikai képet, hanem csak a jelen állapotról ad felvilágosítást. Egy esetben porphyrin-ingadozása görbét ismerteti és hangsúlyozza, hogy egyszeri meghatározásnak jelentősége nincs, mivel csak több napon át meghatározott értékek alapján lehet a terhességi hányás súlyosságáról meggyőződni, valamint a kórjóságot megállapítani. 36 eklampsia s praeklampsia esetében szintén végzett meghatározásokat a szülés és gyermekágy alatt. Ezekben azonban a kiválasztás ingadozása nem haladt párhuzamosan a klinikai képpel, úgy hogy a porphyrin-kiválasztás értékeiből klinikai következtetést vonni nem lehetett. Ezekben ugyanis a máj működésének zavarán kívül a vese is bántalmazott és felveszi, hogy ez lenne az oka a nem egységes eredménynek (a megbetegedett vese ugyanis gátolja a porphyrin-kiválasztást, amint az megterhelési próbákkal kimutatható). 3 súlyos esetben, ahol a porphyrin-érték is igen magas volt, súlyos collapsus lépett fel, mely 1 esetben halállal végződött. Szerinte összefüggés van a magas porphyrin-érték és a vérkeringési zavar között. Míg a rendes gyermekágyban a porphyrin-kiválasztás nem emelkedett, addig a vizsgált rángógörcsös esetekben, bár a szülés előtt a porphyrin-kiválasztás alig volt emelkedett, a gyermekágy 4–8-ik napjáig igen magas értékeket kapott. (B. 41.)

Thaisz Kálmán dr.

Roszzindulatú mellékesekéreg adenoma hatása a petefészerekre; a daganat hormontartalmára vonatkozó kísérletek fehér patkányon. *W. Rosset,* Tübingen. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 118. k. 2. f.) Négy éve amenorrhoeás, azelőtt hypomenorrhoeás 36 éves asszonyból emberfejnagyságú, rosszzindulatú mellékesekéregdaganatot távolítottak el. A beteg arcvonásai nőiesek voltak, de az arcon és főleg a hason és végtagokon férfias jellegű szőrzet nőtt. Az asszony a műtétet követő második napon vérkeringési elégtelenség tünetei között meghalt. Ezt a műtétet 3 hónappal megelőzően conservatív myomaműtétet végeztek el a betegen, melynek kapcsán a galambtojásnyi, sima felületű petefészekből szövettani vizsgálat céljára kimetszést végeztek. A sorozatos metszeteken tekintélyes számú elsőleges és erőfélben lévő

tüsző mellett 1 Graaf-féle tüszőt is találtak. Ez a lelet nem fedi a más szerzők mellékesekéregdaganattal kapcsolatban észlelt petefészeksorvadás képét. Az ennek ellenére tartó amenorrhoea okát illetőleg szerző csak feltevésekre szorítkozik. A mellékesekéreg gonadotrop hatására vonatkozólag a különböző szerzők egymásnak ellentmondó állatkísérleti eredményeket írtak le. Szerzőnek nem sikerült a daganatból olyan anyagot előállítani, mely képes lett volna a kifejlett fehér patkány genitális ciklusát befolyásolni. (H. 4.)

Rohonyi István dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

A gümös iridocyclitis műtéti kezelése. *W. Hallermann.* (Klin. Monatsblätter f. Aug. 1939. 3.) A tbc.-s iridocyclitis egyik leggyakoribb szövődménye a másodlagos zöldhályog. Bár a glaukosan, valamint a *Löhlein* által ajánlott suprenin, illetve pilosuprenin-kenőcs általában kellőképp csökkenti a szemnyomást, sok esetben a glaukomán csak műtéttel lehet segíteni, bár az idült gyulladásban levő szemek a műtéti beavatkozást meglehetősen rosszul tűrik. A szerző nagy beteganyagon észlelhette a tbc.-s iritis lefolyását és későbbi sorsát. Az antiglaukomás iridektomiára vonatkozólag megjegyzi, hogy ha a kolobomaszárak becsípődnek, vagy felhúzódnak, az eredmény igen rossz; rontja a kórjóságot az is, ha a gyulladás izzadmányos jellegű. — A tbc.-s iritisben szenvedő szemeken az iridektomia nem hozza meg a kívánt eredményt, mivel műtét után a gyulladás gyakran még jobban fellángol, amellyel a tensiófokozódás az esetek kb. egynegyedében műtét után sem csökken, az iridektomiát csak kivételes esetekben tartja indokoltnak. — Jobb eredményt látott ezzel szemben a Fuchs-féle *transfixió*tól. A tbc.-s iritis exsudatív és proliferációs formájában is kipróbálta. Műtét után egy esetben sem keletkezett visszaesés s a 18 operált eset közül csak 2 volt eredménytelen. A műtét kivitelénél fontos, hogy a metszések az iris-szalakat harántul vágják át, különben a nyílások könnyen öszenőnek, továbbá, hogy a lencse sérüléseit elkerüljük. A Fuchs-féle műtétet alkalmasnak tartja az iridocyclitis után keletkezett glaukomák megszüntetésére. (G. 46.)

Györffy István dr.

Hályogműtét utáni vérzések okai. *Meyer.* (Klin. Mon. Aug. 1939. 4.) Postoperatív vérzést tokos kivonás után gyakrabban észlelt, mint extracapsularis után; ennek oka a tokos műtét terjedése (átlagban 26%). A freiburgi klinika 20 éves anyaga feldolgozása szerint a legalacsonyabb értéket június mutat (9%, dec. 10%), míg a maximumot januárban éri el (29%). A leggyakoribban a 3. és 4. napon várható az utóvérzés; nemek eloszlása egyenlő. A serum-calcium, vérzési és alvadási idő, thrombocytaszám normálisak; a vérstatus tehát nem magyarázza az utóvérzést; úgyszintén a magas vérnyomás és az emphysema sem. 8 esetből 7 ízben talált szakadékonny ereket szívási módszerrel; 3 expulzív vérzésben igen nagy mértékben. E betegek valamennyien C-vitaminhiányban szenvedtek! (A hályog-sok rendszeren C-szegények.) Viszont C-telítés sem képes megakadályozni az utóvérzést (ellentétben *Urbanekkel*). Az utóvérzés gyakoriságát más vidékkel szemben az elterjedt arsen-felvétellel magyarázza (bortermelő lakosság, Asztartalmú törköly erős fogyasztása). Az esetek egy részében az utóvérzés mérges szétesési tünetekkel magyarázható; a keletkező histamin értágítás útján a vérrögök meglazulására és hajszáleres vérzésekre vezet. (Fontosnak látszik itt a P-vitamin. Ref.) (G. 49.)

Grósz István dr.

Ulcus rodens corneae. *Suurküla.* (Klin. Mon. Aug. 1939. 4.) Mooren-féle haladó szaruhegély egy esetében B₁-vitamin bevitelével (13x2 mg.) feltűnő gyógyulást ért el. Ennek alapján úgy véli, hogy trophicus-zavarral állunk szemben, mely aneurin-hypovitaminosis okozta szaruideg-elfajulás révén jön létre. Lehetséges, hogy egyéb B-vitaminok hiánya is szerepel. Másfelől ismeretes a B₁-vitamin nem fajlagos gyógyhatása is. (G. 47.)

Grósz István dr.

Vadászok hibás célzása. *Trumpy.* (Acta Ophthalm. 1939. 1.) Előfordul, hogy jó vadászok hirtelen hibázni kezdik a repülő vadat. Ennek oka a vezérszem váltakozásában keresendő (alternator). Szerző 5 hasonló esetben kimutatta, hogy a vezérszem ilyenkor a bal szem. Ennek megszüntetésére a bal szem elé olyan plan üveg kerül, melynek köze-

pébe gombostűfejnyi foltot marat fluorhydrogennel; e folt csak a maculát zavarja, a binocularis látást nem. E berendezéssel újból a jobb szem kényszerül célzásra. (G. 48.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

A capillarresistentia viselkedése rubeola esetében. Kernau. (Arch. f. Khk. 115. 4.) A bécsi klinikán házi járvány-nyal kapcsolatban 35 rubeolás gyermek vizsgáta a capillarresistentiát a Hecht-féle szívóapparattal. Az irodalomban eddig uralkodó felfogással szemben —, mely szerint a capillarresistentia rubeola esetében változatlan marad — megállapítja, hogy az exanthemas szak első napjaiban csökken a resistentia s csak a 7—8. napon tér vissza a normalis értékre. Kísérleti adatait klinikai megfigyelések is alátámasztják, amennyiben észlelésre kerültek vérzéses exanthemák is, sőt nyálkahártyavérzések is. (Feer—Hottinger). (K. 55.)

Flesch István dr.

Hypothyreoidismus mint a csípőizület betegségének oka. Benjamin és Miller. (Amer. Journ. Dis. Childr. 55. 6.) Négy hypothyreotikus kretin esetét ismerteti, akiknél a csökkent pajzsmirigyműködéssel kapcsolatban, ill. annak következtében egyben csontelváltozások voltak észlelhetők, amelyek klinikailag coxa vara képében jelentkeztek. A coxa vara 3 esetben a femur fejének osteochondrosisára volt visszavezethető, amit az epiphysis rendellenes csontosodása okozott. Egy esetben pedig az epiphysis lemezének olyan szöveti elváltozása volt észlelhető, aminek következtében az epiphysis és diaphysis felett rendellenes helyzetbe tolódott el. (K. 54.)

Geldrich János dr.

Pellagra és az idegrendszer táplálkozási ártalmait. Glanzmann. (Möchr. Kinderh. 74. 1—2.) 4 éves gyermek feltűnően fáradt lesz, nystagmus, ataxia, féloldali patellaris clonus, Babinsky-tünet alapján a klinikán encephalitist vesznek fel nála. Javultán bocsátják el. Hat év múlva ismételt felvételre került, mert depressiók, hangulati labilitás mellett extrapyramidalis tünetek, rigor, parkinsonos tartás, choreiform mozgások, ezenkívül nagyfokú ataxia lépnek fel. A reflexeltérések változatlanok. A kérdőjeles diagnosis ezuttal Marie-féle cerebellaris ataxia. Alig változott állapotban bocsátják el. Néhány hónap múlva az összes tünetek erős fokozódása és gyors és nagyfokú szellemi hanyatlás miatt újabb felvétel. Néhány nap múlva egyszerre nyilvánvaló lesz a betegség lényege: a pellagrát jellegző típusos bőrtünetek jelennek meg. Májinjekciók, sörélesztő-készítmény, gyomorkivonat, sósav és bőven nyers alkatrészeket tartalmazó diéta hatása alatt az összes, psychés és somatikus tünetek és velük együtt a bőrtünetek is feltűnő gyors javulást mutatnak. 3 hó után a psyche normális, az ataxia úgygyszólván eltűnt, a parkinsonismus messzemenően enyhült. Egy enyhe, féloldali peroneus paresisben mutatkozó recidiva nikotinsav hatására — ez valószínűleg a Pp. (pellagra preventing) factor — gyorsan eltűnt. Az eset érdekessége az idegrendszeri tüneteknek a bőrtünetek előtt majdnem 7 évvel történt jelentkezésében, az idegrendszeri tünetek gazdagságában, a bőrtünetek hiányában, a táplálkozási kór negatív voltában és a terapia gyors és tökéletes hatásában rejlik. A beteg hasonlóan táplálkozó öt testvére közül egy sem kapott pellagrát, ami ismét az individualisan igen változó vitamínszükségleten alapuló relativ avitaminosisok nagy jelentőségére mutat. (K. 44.)

König Gyula dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Súlyos stomatitis ulcerosa et aphthosa gyógyulása általános lúgosítás által. E. Bloesser. (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 6.) A stomatitis kórköri leírásán Clairmont feltételezi a fertőzés mellett a mirigyek váladékának vegyi zavarát is. Így az eddigi kizárólagos helyi kezelések (edzés, antiseptikák, sebészeti eljárások) mellett a szervezet lúgosítása is szerepet nyer. A szerző saját magán tapasztalt gyors gyógyulást, kizárólag megfelelő lúgosító étrendtől, napi 3—4 kávéskanállal antacid (Helfenberg) és szódabicarbona szedése által. Makacs és helyi kezelési eljárásokra nem gyógyuló aphthái a fenti gyógymód bevezetése után 4—5 nap alatt recidívamentesen, tökéletesen gyógyultak. (Sz. 51.)

Jósa István dr.

A kéz és láb gombás betegségeinek kezelése réziontophoresissal. H. Haggard, M. Strauss, L. Greenberg. (Juorn. of the Amer. Med. Ass. 1939. 1229.) A kéz és a láb gombás megbetegedéseinek ideális kezelése az volna, ha a gyógyszer a hám sérülése nélkül az epidermis mély rétegeibe juttathatnánk. A szerzők iontophoretikus úton kísérelték ezt meg. Patkányokon kimutatták, hogy ha egyik végtagját 0.2%-os rézsulfatoldatba, a másikat sóoldatba mártják és egy galván áramkör pozitív pólusát a rézoldatba, a negatívot a sóoldatba kapcsolják, 6 MA áramerősséggel mellett 20 perc múlva 2.37 mg. réz jut be az ép bőrön keresztül az állat testébe. Tekintettel arra, hogy a réz in vitro igen erős gombaölő szer, gombával fertőzött betegeket ilyen módon kezeltek. A beteg végtagot szappannal és vízzel megtisztították, a pörköket Na hypochlorosumos borogatással leázatták, utána 0.2%-os rézsulfatoldatot tartalmazó zománckádascskába mártották, amelyet az áramkör pozitív pólusával kötöttek össze, negatív pólusnak ugyanilyen sóoldattal töltött fürdőt használtak. Átlag 4—6 MA-es áramot alkalmaztak 20 percig. A kezeléseket hetenként kétszer végezték. Már az első kezelés után a beteg állapota javult, a vesiculák teteje megkékült és a gyógyulás átlag 6 kezelés (3 hét) után következett be. A kezelt 37 beteg közül 26 gyógyult, 11 pedig javult. A szerzők a kísérleteket folytatják. (Sz. 52.)

Faragó László dr.

Bőrallergia ulcus vulvae acutumban. T. Itikawa és R. Shinoda. (Dermatologica, 1939. 79. 83.) Az ulcus vulvae acutum okozója a legtöbb szerző szerint a bac. crassus, bár ennek fajlagossága még mindig kétséges, egyrészt mert e körképhez nagyon hasonló bac. crassus nem tartalmazó fekélyek fordulnak elő, másrészt, mert a bac. crassus rázatával végzett bőrtünetek eredményei nem egységesek. Eredményeik szerint a bac. crassus rázatával végzett bőrpróba ulcus vulvae ac.-ra jellegzetes. A visszahatás erőssége párhuzamos a betegség erősségével. Szerző szerint valószínű, hogy az ulcus vulvae ac. egyes eseteit a bac. crassus eltűnése és más bac.-ok megjelenése miatt más betegségnek tartják. (Sz. 48.)

Sipos Károly dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: Babits Antal.

Alkohol kiválasztás a genitalis tractuson. James J. Farrell. (The Journ. of Urol. 1939. febr.) Régóta ismerik az alkohol hatását a genitalis betegségekkel kapcsolatban és tudjuk, hogy bővebb alkoholfogyasztás esetében a prostata és herék is résztvesznek a kiválasztásban. A kánkó gyógyulását az alkohol nagyon hátráltatja. Az alkohol nem aphrodisiacum, a sexualis működést nem befolyásolja, de a penis vértelenségét és az ejaculációt elősegíti. Az alkoholnak a spermára gyakorolt hatását in vivo még nem tanulmányozták. Simmonds 60%-ban heresorvadást talált idült alkoholistákon. A szerző kutyáknak nagymennyiségű alkoholt adva meghatározta a vér, vizelet és a hátsó húgycső és a here váladékának alkoholtartalmát. Megállapítja, hogy a prostata mirigyállománya részt vesz az alkohol kiválasztásában s a mirigy secretum olyan százalékban tartalmaz alkoholt, mint a vér, vagy vizelet. Az alkoholos, genitalis váladék a spermium életképességét rontja. Kísérletei alapján érthetőnek látja, miért olyan ártalmas az alkoholfogyasztás prostatitis és prostata hypertrophia esetében. (B. 14.)

Ágota Ferenc dr.

A betegek jövője egyik vese kiírtása után. Clyde Leroy Deming. (The Journ. of Urol. 1939. febr.) A szerző a betegek arra a gyakori kérdésére akar válaszolni, hogy lehet-e egy vesével élni és az ilyen betegre milyen jövő vár. 180 vese kiírtáson átesett beteg sorsát figyeli. A műtét mortalitása 3.9% volt. A beteg műtét utáni életére vonatkozólag az egyes kórformák szerint más és más a prognózisunk. Megfigyelése szerint köves betegek első két évbeni halálózása 2.5%, gümőkór 2.73, daganat 11.4%, pyonephrosis 3.1%-ban szerepel. Azt ajánlja, hogy a betegeket vese kiírtás után tiltsuk el a sportolástól, lovaglástól, dohányzástól; mérsékelt alkoholfogyasztás megengedhető. Megállapítja, hogy fiatal egyének élete egy vesével teljesen azonos kilátású, mint két vesével. Házasság megengedhető, ha a műtét után 2 év múlva a megmaradt vese jól működik, nem dagadtos esetek a terhességet is kiviselhetik. (B. 15.)

Ágota Ferenc dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch der Frauenheilkunde. Prof. Dr. W. Weibel. (Urban és Schwarzenberg, Berlin és Wien, 1939. 398 oldal.) A nagy multal rendelkező bécsi nőorvosiskola mai képviselőjének, Weibel professornak „Nőorvos”-tani kétkötetes munkájából az első kötet, a szülészeti rész 1937-ben jelent meg. Az Orvosi Hetilap 1937. évi 21. számában ismertettük. A második kötet, a „Gynäkologia” ezidén jelent meg. A feltűnően rövidre szabott tankönyv jóformán dióhéjban foglalja össze a nőgyógyászatra vonatkozó mai ismereteket. A szerzőnek és a bécsi iskolának felfogását hűen tükrözi vissza. Minden részletesebb irodalmi keret nélkül kapja az olvasó a nőorvoslás összes fejezetének rövid kivonatát. — Miként a szülészettel foglalkozó első kötet, ez a második kötet is azzal ellensúlyozza a túl-rövidséget, hogy rendkívül sok tanulságos ábrával teszi magát megérthetővé. Az alig 400 oldalas „Nőgyógyászati”-ban 16 színes tábla és 531 kép van. Ez a szám a tankönyvekhez képest aránytalan bőséges ábrázolást jelent. Szükség is van azonban erre, mert a képek nélkül a tankönyvet kereső orvos-tanhallgató még ismétlődő összefoglalásul sem használhatná fel megfelelően Weibel könyvét, mert túlrövidsége miatt kezdőnek érthetetlen volna. — Képeskönyv-szerűen, 3–4 sorban emlékezik meg pl. a IV. nemibetegségről, a Durand-Nikolas-Favre-féle betegségről. A tudományunk mai állásához mérten nem egészen kielégítő a hyperplasia glandularis cystica endometrii leírása sem. A nőgyógyászati helyi érzéstelenítésnek mindössze $9\frac{1}{2}$ sort tud szentelni. — Csodálatraméltó tehetséggel sűrítette össze a szerző mondandóit, úgyannyira, hogy az utolsó fejezetekben még a tipikus nőgyógyászati műtétek rövid ismertetésére, képekben és néhány soros szövegben bemutatására is helyet szorított. — Kezddőnek, orvostanhallgatóknak csak a rendszeres egyetemi előadások alapos ismerete, részletesebb tankönyvek átlapozása után ajánlható ez a — különösen ábráiban — nagyon jó tanító értékű tankönyv, végső összefoglaló ismertetésül. — Mint a szakmának leggazdagabban illusztrált, modern, rövid összefoglaló tankönyve, a szakirodalomnak komoly értékkel gyarapodását jelenti. Kiállítására büszke lehet a bécsi iskola.

Frigyesi prof.

Précis de chimie biologique médicale. P. Cristol. (Második kiadás. 1938. 64 old. Ára: 100 Fr.) Cristol Pál, a montpellier-i egyetem orvoskarának biochemiai tanára igen széles látókörrel és alapossággal megírt könyvét négy részre osztotta. Az első részben az általános fizikokémiai törvényeket ismerteti, majd az élőlények alkotóelemeivel foglalkozik. A második részben az egyes szénhidrátfeleségeket sorolja fel igen részletesen s kitér a keményítő és cellulose legmodernebb szerkezeti elképzelésére is. Lépésről-lépésre követi a szénhidrátok keletkezését, az erjesztőkkel szemben való viselkedésüket, figyelemmel kíséri sorsukat az emésztőcsatornában. Külön fejezetet szán a vércukor tárgyalására, ugyancsak bőven ismerteti a szervezet cukorszabályozó mechanizmusát s a cukor elégségi folyamatát izomzabának alkal-mával. Kitér a szervezet cukorforgalmi zavaraira. E rész utolsó fejezetében ügyesen ismerteti a H-ion fogalmát és szerepét, majd megemlékezik az acidosisról és alkalosisról. A harmadik részben a zsírok biochemiájával foglalkozik. Felsorakoztatja az érdekkörbe tartozó zsírokat és zsírszerű anyagokat, majd rátér arra, miként emésztődnek ezek a szervezetben s közli a különféle felszívódási elméleteket. Végül még külön fejezetben világít rá a zsírok kórtani szerepére. A negyedik részben először az aminosavakat, majd a fehérjefeleségeket ismerteti. Figyelemreméltó részletességgel magyarázza a fehérjék emésztését, a bélbaktériumoknak az aminosavakra való hatását. Ezután rátér, hogy mi történik a szervezetben a bélből felszívódott aminosavakkal, majd az ammonia, a húgysav, a kretin és a kreatinin anyagforgalmával foglalkozik. Felveti a kösvény kérdés is. Az utolsó fejezetben a kromoproteidák, különösen a haemoglobin szerkezeti és gázkötési problémáit foglalja össze. A munka egyik fő jelessége, hogy az erjesztőfolyamatok, az atomösszehúzódások végbemenő chemiai változások, a zsírok oxydatiója és a D-vitamin chemiájával kapcsolatos kérdésekben a legutolsó felfogásokat és kutatási eredményeket tárja elénk. A könyv világos, könnyű stílusa

és áttekinthető felépítése nemcsak értékes, hanem élvezetes olvasmány. A fejezetek élén található s az egész fejezet lényegét magábafooglaló táblázatos rövid összefoglalás is ügyes gondolat, mert a tájékozódást igen megkönnyíti.

Tangl Harald dr.

A Közkórházi Orvostársulat május 7-i ülése.

Bemutatás:

Torday A.: Alacsony vércukorérték mellett megjelenő glykosuria. Negyven éves gépészt mutat be, ki 4 év óta szenved rheumában és 1 év óta diabeteze miatt áll kezelés alatt. Vizeletfajsúlya 1010–1016, cukor vegyes étrend mellett 0.1–0.7%, szénhidrátok megvonására cukormentessé vált. A vércukor éhgyomorral 40–60 mg% között váltakozott, anélkül, hogy hypoglykaemia tüneteket okozott volna. Csupán a dextrose bevétele után panaszkodott kellemetlen érzésekről. Dextrose megterhelésre a vércukor 40 mg-ról 1 óra alatt 110 mg-re emelkedett, 2 óra alatt 70 mg-re esett le, tehát a kiinduló ponthoz viszonyítva mégis kissé elhúzódo. Adrenalinérzékenységre vizsgálva az emelkedés bár mérsékeltfokú volt, de a pulusszám is csak csekélyfokban emelkedett. A vércukorgörbe az i. v. adott adrenalinra alig változott.

Lehoczky T. és Piri L.: Agydaganatos cysta thorotrasttal láthatóvá téve. 48 éves beteg klinikai tünetei alapján (fejfájás, 4 D pangás mindkét szemfenéken, spastikus paraparesis, positiv Babinskivel, vizeletretentio) agydaganatot tételezett fei éspedig az encephalographia és a körlefolyas során észlelt látási érzécsalódás alapján a j. o. temporalis lebenyben. A műtő (Piri dr.) a megjelölt helyen cystikus daganatot talált. A cysták 2 ccm thorotrasttal töltése után készült röntgenfelvételen a cysta teljes nagyságában és terjedelmében láthatóvá vált, (diapositívek bemutatása). — Műtétkor és később a boncoláskor csaknem az egész j. temporalis lebenyt infiltráló glioblastoma multiformenek bizonyult és a cysta annak csak egy kisebb ellágyult részét képezte.

A thorotrast-töltést Kahn ajánlotta agytályog láthatóvá tételére. Agydaganatos cysta töltésére előadó és társai használták legelőször.

Előadás:

Plenczner S.: A mitralstenosis pathológiája, klinikuma és munkaphysiológiai jelentősége. II. Az I. előadás rövid összefoglalása után előadó a vérkeringés dinamikáját ismertette merev, rugalmas és végül idegek kormányzása alatt álló rugalmas —, de active és passive tágítható és szűkíthető érrendszerbe. A mitralstenosis által előidézett haemodynamikai akadályt, illetve zavart elsősorban a balpitvar mögötti vérkeringésbe iktatott szerven és érszerek compensálják. Legfontosabb a tüdő szerepe, melyről kiderült, hogy a vérkeringés egyik legfontosabb ventilje, mivel vérdepóvá tud alakulni a capillaris keringés kibővítése által. Ez fokozott sympathikus izgalomra következik be. A tüdőerek fala éppoly activ működő érfal, mint a peripheriás ereké és a pressoreceptoros reflexek ezekre is ugyanolyan értelemben hatnak, mint a peripheria erei. A list. súlyosbodása és további sorsa a terhelések nagyságától függ. Nagyfokú kimélettel a beteg hosszú ideig élhet. A tiszta list. és a comb mitralvitiumok statisztikai adatainak egybevetése azt mutatta, hogy a tiszta list. sokkal inkább lap-pangva fejlődő betegség, mint az egyéb vitiumok. A panaszok nagyjából megegyezők. A vérnyomási értékek mst.-nél általában alacsonyabbak. Jellemző a szív röntgenképének configurációs elváltozása, amely a conus pulm. és a bal-füles kidomborodásában jelentkezik, előrehaladottabb esetekben a jobb alsó ív is kidomborodik. A szív tengelye körül elfordulást szenved, meredekebb fekvésű lesz. A therapiát illetően a kis adag digitalis adagolását tartja helyénvalónak, előrehaladottabb esetekben a strophantin legtöbbször eikerülhetetlen. Sokan már kezdeti állapotban is adják, akkor is, ha a beteg nem digitalis refractaer. Decompensált súlyos állapotban az addig esetleg rhythmikus Mst. is arhythmia válik. Decompensatióban a zörejek jellege teljesen megváltozhat. A beteg jövője attól függ, mennyire képes kimélő életmódot folytatni.

F E L S O L naponként 3 szor egy port

Asthma bronchiale. Asthma cardiale. Szénaláz.

Részletes irodalom: Kálmán Lehel cég által Budapest, 62.

A Ferenc József-Tudományegyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 29-i ülése.

Előadások:

Dobszay L. és Váradý M.: Hormonkezelés és annak hatásmódja gyermekkori kankó esetén. A szerzők egyikének (Dobszay) régebbi vizsgálatai — melyek még a hormonkezelés bevezetése előtt történtek — azt mutatták, hogy a genitális milieu szabályozásának központjában a tüszőhormon áll. Ennek hatására a gyermekkori hüvelyhámra glikogen rakódik le, a hámszerkezet fellazul s a lelökődő hámsejtekből glikolyitikus ferment szabadul fel. A glikogenbontás útján ez indítja meg a savanyú hüvelyi chemismus kialakulását és teszi lehetővé a megfelelő időpontban belőtt Döderlein-bacillusok megtapadását és ezzel a felnőtt egészséges nő genitális milieujéhez hasonló milieu kialakulását. Ismerve azt az antagonizmust, amely a physiologiás genitális milieu és a gonococcus között fennáll, a szerző ezen adataira hivatkozva sokan a tüszőhormon gyógyhatását a gyermekkori kankó esetében is ilyen antagonista milieu keletkezésével magyarázták. Előadók mostani vizsgálataikkal ezt kísérletesen is igazolták. Kitént, hogy a milieuváltozás jellegzetes elemei: a cytologiai kép megváltozása, a glikogen-lerakódás, a glikolyitikus ferment felszaporodása, a hüvelyváladék megsavanyodása, s végül a Döderlein-flóra megtapadása nagymennyiségű tüszőhormon hatására gonorrhoeás csecsemőnél is bekövetkezik s ezzel párhuzamosan gyógyul a kankó is. Ismertetik a kankó hormonkezelésének általuk alkalmazott módját. Egy kúrában 3—6 héten belül 150.000—200.000 I. B. E. tüszőhormont adnak intramuscularisan. Ha a milieuátalakulás már jelentősen előrehaladt (az ú. n. „steril szakaszba” jutott), Döderlein-bacillusokat inoculálnak a hüvelybe s ezzel a physiologiás genitális milieu hiánytalanul reprodukálják. Miután az eljárás a természetes viszonyokat (a természetes gyógyulás menetét) tökéletesen utánozza, a gyermekkori gonorrhoea „biologiai kezelési eljárásának” tekinthető. E therapia eseteikben 3—6 héten belül kivétel nélkül végleges gyógyulást eredményezett. A hormonkezelés csak a hüvely folyamatát befolyásolja; az esetleges paragenitális localisatiók másfajta kezelésére tehát nagy gondot kell fordítani. Jelentéktelen mellékhatásokkal (emlőduzzanat, mikroszkopos hüvelyi vérzés, stb.) számolnunk kell, de olyan káros hatás, amely miatt ezt a végre valóban hatásos gyógyító módszert mellőznünk kellene, nem láttak.

Váradý M.: Tüszőhormon hatása a vérképzésre. Csecsemők gonorrhoeáját nagy adag folliculus-hormonnal kezelve, 100, 150, sőt 200 ezer egység folliculus-hormont adva összesen azt vizsgálva, hogy ilyen adagok mellett nem észlelhető-e kóros elváltozás a csecsemők haemopoetikus apparatusa részéről. A kezelés megkezdése előtt sorozatosan vizsgálta a vörösvértestszámot, a haemoglobin-értéket, a fehérvérsejtszámot, qualitativ vérképet, a vérzési, alvadási időt, valamint a reticulocytaszámot. E vizsgálatokat a hormonadagolás alatt is többször megismételte (hormonadagolás 25—33.000 egységnyi adagokban történt). Vizsgálatai eredménye az volt, hogy a vörösvértestszám az első folliculin-injectio után kb. 500.000—1 millióval csökkent, a további hormonadagok mellett nem következett be lényeges csökkenés, sőt egyes esetekben a vörösvértestszám még emelkedett is. Tehát a hormon nem okozott súlyos anaemiát. A haemoglobin-érték szintén csökkent kissé az első injectio után. A fehérvérsejtszám, qualitativ vérkép, vérzési, alvadási idő, valamint a thrombocyta- és reticulocyta-szám a folliculin-hormon injectiók adása ellenére sem lépte át az élettani határokat. Ezek alapján arra az eredményre jut, hogy a gyermekkori gonorrhoea kezelésére a ma használtos hormonadag mellett a haemopoetikus apparatust érintő lényegesebb mellékhatásoktól nem kell tartanunk és így e therapia nyugodtan alkalmazható.

Kühbacher F.: Az előadással kapcsolatban terhességi anaemia esetét mutatja be s felveti a terhességi anaemia s az intrauterin magzati elhalások, továbbá a terhességi anaemia hormonalis eredetének kérdését.

Április 19-i ülés.

Előadások:

Benedek Á.: A poliomyelitis gyógyulási folyamata. 24 éves férfibeteg a poliomyelitis paralytikus és reparatiós stádiumában sorozatos liquorvizsgálat folyamán átmenetileg a fehérjetartalom nagyfokú emelkedését (240 mg^o/o-ig!) s a

fehérje- és sejttartalom dissociációját találták. Fellelhetők voltak a liquorban a reparatiós időszak elején a Rosenow-féle coccusok; ezeket azonban előadók saphrophytáknak tartja s kóroki jelentőséget nem tulajdonít nekik. A súlyosan bénult állapotban felvett beteg állapota mechano- és elektrotherapiás kezelés hatása alatt annyira javult, hogy jelenleg rövid utat támogatás nélkül megtesz s a mély reflexek nagyjából visszatértek, ha csökkent intenzitással is. Ez a megfigyelés óvatosságra int egyes újabban ajánlott kezeléseket (lyssa-védőoltás, malária-kúra) megítélését illetően. A betegség végstádiumát az a biológiai tény szabja meg, hogy hány idegsejt pusztult el az acut stádiumban s hány szenvedett reparabilis elváltozást, amely mellett a működés visszatérése lehetséges. A meningealis és bénulósos időszakban a bénulások véglegességét illetően prognosztis nem állíthatunk fel.

Szelőczy J.: Az idegingerület továbbterjedése a cholinergias rendszerben. Rövid irodalmi összefoglalás után ismerteti histaminnal végzett kísérleteit, melyek alapján összefüggést vél találni a histamin hatása és a cholin-ergias ingerület tovaterjedése között.

Baló J.: A gyomor és emésztéses fekélyek kórtana. A gyomorfekély keletkezését magyarázó elméletek áttekintése után tüzetesebben foglalkozik a neurogen teoriával. Ezt az elméletet legvilágosabban Bergmann és Westphal formulázták, de Rössle elmélete az emésztéses fekélyről, mint második betegségről, ami valamely más szerv, gyakran a féregnyúlvány elsődleges megbetegedéséhez társul, ugyanezen az alapon nyugszik. A neurogen theoria érvényességét igazolják azok a megfigyelések, hogy agyműtét, apoplexia, meningitis, stb. után keletkezik ulcus. Ezt az elméletet támogatják az agy- és idegsértés szerepét bizonyító kísérleti kórtani megfigyelések. Előadó a boncolásra kerülő ulcus eseteket vizsgálta olyan szempontból, hogy vajon ezekben kimutatható-e az idegrendszer valamely olyan megbetegedése, aminek az ulcus következménye lehetett. Beszámol agyvérzéshez társuló gyomorfekélyekről, amelyek a fekély keletkezését a gyomor- vagy duodenumnyálkahártya vérzéses infarctálódásától az átfűródásig mutatják. Gyermek bőrének kiterjedt égéséhez és gyermekkori dysenteriahoz csatlakozó duodenalis ulcusokat szintén a kimutatható agyváltozásokra vezeti vissza. Bemutatja a Pacchionigranulatio nagyfokú túltengését, ami mellett ulcust észlelt. Míg a felsorolt elváltozások csak az intracranialis nyomás fokozása útján vezethettek ulcushoz, más esetei, amelyekben a nucleus caudatusnak különösen hátsó részében aránylag kis kiterjedésű lágyulásokat észlelt, arra utalnak, hogy talán a corpus striatum izomtonust szabályozó működésében olyan rendellenesség keletkezhetik, ami a gyomor izomzatának spasmusát okozza és Bergmann és Westphal elgondolása szerint vezet ulcushoz. A boncoláskor oly sok esetben kimutatható agyváltozások klinikailag csaknem mindig tünetmentesen folytak le.

Vidakovits K.: Mint klinikus szól hozzá. Igen érdekesnek ismeri el előadó megfigyeléseit, de nem találja őket kielégítőnek a klinikus szempontjából. Bizonyos, hogy az idegrendszernek és elsősorban a vagusnak köze van a gyomorfekély keletkezéséhez és fenntartásához, de ennek lényegét még nem sikerült megállapítani és értékesíteni, sem a praeventio, sem a gyógyítás szempontjából, legalább is még nem kielégítő módon. Nem hisz abban, hogy a pankreas nedvének oki szerepe volna az u. v. vagy u. d. keletkezésében, mert a Roux-féle anastomosis után, amikor teljesen elvezetjük a gyomortól a duodenum tartalmát — igen gyakori az ulcus pepticus kifejlődése, míg ha a pylorust elzárjuk és az ulcus duodeni ki van téve a pankreas nedvének — az ulcus meggyógyul. Eddig az u. v. és u. d. sebészeti gyógyításában igen hatásos eljárásnak leginkább a nagykiterjedésű gyomorresectio, vagyis a gyomor fundusának — tehát savtermelő részének — az eltávolítása bizonyult. Amióta ezt az eljárást követik a sebészek, az ulcus pepticus jejunum szinté ismeretlen fogalomvá vált. Arra a kérdésre, vajjon a bemutatott esetekben az ulcusok nem voltak-e régebbi keletűek — mert hiszen agyvérzésben elhalt egyénekről is volt szó, tehát akik csak rövid ideig élhettek, — azt a feleletet kapta, hogy mindegyik eset egészen friss ulcus volt, sőt perforatio is. Párhuzamot von a kísérleti rák és bemutatott esetek között. Tudjuk, hogy rák keletkezik bizonyos anyagok hatására, de a gyakorlatban — általánosságban nem tudjuk e tapasztalatokat és kísérleti eredményeket értékesíteni. Éppúgy nem tehetők fei, hogy a rengeteg sok gyomorfekélyesnek valamelyes agybántalma volna. Annál kevésbé, mert ha utóbbi állandó jellegű volna — mint például a bemutatott lágyulások vagy heges

gócok, — úgy az operatív gyógyítás is eredménytelen lenne. Teljes elismeréssel adózunk az előadó úr tapasztalatainak, kísérleteinek és felfogásának, de csak olyan értelemben, hogy az agyból is indulhatnak ki olyan impulzusok, amelyek gyomorfekélyt okozhatnak, vagyis, hogy agybántalmak mellett is keletkezhetik gyomorfekély. A mindennapi gyakorlatban előforduló gyomorfekély igazi okát nem ismerjük.

Baló J.: *Vidakovics* prof. megállapítása, hogy az ulcus a gyomor nagy darabjának resectiója következtében gyógyul, talán arra is vezethető vissza, hogy a gyomornak azt a részét távolítjuk el, amely a fekély keletkezésének kedvező helye.

A Debreceni Orvosegyesület április 20-i ülése.

Előadás:

Kovács F.: *Intézeti és házi szüléset orvosi vonatkozásairól Magyarország 1933—37. évi 914.516 születés alapján.* A házi- és intézeti szüléset értékelése körüli irodalmi vitának az ismertetése után elemzi azon statisztikai adatokat, amelyeket az új szüléseti rendtartás alapján 1933—37. évig terjedőleg Magyarország összes bábanaplójának és intézetének jelentései szolgáltatnak. Ezen adatokból megállapítható, hogy a koraszülöttek születési halálozása magánházaknál 8.4%-kal nagyobb, mint intézetekben; de ha ehhez hozzávesszük az első 10 napi életvesztésüket is, úgy a koraszülöttek magánházi halálozása 30.9%-kal magasabb, mint az intézeteké. A koraszülés tehát önmagában véve minden egyéb szövödmény nélkül is intézeti ellátást igényel. Ugyanez a megállapítás vonatkozik a medencevégű fekvésekre is, mert ezeknél az intézeti halálozás kerekén 10%-kal kisebb, mint a magánházi. A harántfekvéseknél 12.3%-kal, fejről lábrafordításnál 3.6%-kal, a fogónál 3%-kal több gyermek menthető meg intézetekben, mint magánházaknál. Kraniotomiát magánházaknál 42.7%-ban végeztek élő magzatot, míg intézetekben csak 17.3%-ban. Bár ez utóbbi is nagy szám, mégis az intézetekben végzett koponyafúrások élő magzatot legtöbbször a késői intézetbe szállítás következményei. Köldökzsinór előesésénél 20.1%-kal, korai lépnyelválásnál 36%-kal több életnyereség mutatkozik intézetekben. Placenta praevianál 1.8%-kal több csupán az intézetben megmentett magzatok száma, de a legtöbb, illetve leg súlyosabb pl. pr.-át intézetbe szállították. Az anyai eredmények sokkal nehezebben hasonlíthatók össze, mert e tekintetben a bábanaplók jelentései nem megbízhatók. A bábanaplók ugyanis lehetőleg extragenitalis megbetegedéseknek igyekeznek elkönyvelni a gyermekágyi szövödményeket, amit az ellenőrzés, boncolás, stb. hiánya miatt megtehetnek. Ezzel szemben az intézetek jelentési anyaga e tekintetben megbízható. Így adódik az, hogy míg a magánházi szülések jelentéseiben csupán 0.06%, addig az intézetekében 0.16% gyermekágyi sepsis halálozás van jelezve. Ezzel szemben azonban a nagyobb szüléseti műtétek gyakorisága magánházaknál csak 0.7%, intézetekben 8.4% volt. Hogy ezen műtéti frequentia nem polypragmasia következménye, azt mutatja az, hogy az intézeti fogóműtétek számaránya 3.3%, fejről-lábrafordításé 0.7%, császármetszése pedig 1.9%. Feltűnő, hogy míg az intézeti szüléseknél 53.324 lágyrész-sérülés közül csupán 5-öt (0.009%) nem láttak el, addig a magánházi szüléseknek 23.238 bevallott lágyrész-sérülése közül (a valóságban ennél kétségtelenül sokkal több fel nem ismert, vagy be nem vallott lágyrész-sérülés fordult elő) 2209 esetben (9.5%) egyáltalában nem láttak el a lágyrész-sérülést. Ezen adatok alapján az egészségügyi kormányzatnak a népesség szaporodás előmozdítása érdekében arra kell törekedni, hogy minél több szülés intézetben történjék. Erre fel kell használni minden eszközt (iskolánbeli és iskolán kívüli népoktatás, katonai nevelés alatti egészségügyi oktatás, az utak kiépítése és rendbentartása, vidéki éjjeli telefon- és mentőszolgálat rendezése, szülőotthonok, kórházi szülő-osztályok alapítása, stb.). Hogy e téren mennyi a teendő, mutatja az, hogy a debreceni szülésetkerületben —

FAGIFOR „Cito” lag. orig.

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO” gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

amely pedig szülőintézetekkel aránylag még elég jól van ellátva, még mindig a szüléseknek kb. 90%-a otthon folyik le és pedig túlnyomó részben orvosi segítség nélkül s csupán 10% intézetben. Ezen arányszám az utóbbi 5 év alatt semmit sem változott. Meg kell reformálni sürgősen a szüléset szakorvos-képzést is. A mostani 4 éves nőgyógyász-szüléset szakorvos-képzés mellett be kell vezetni a 2 éves „okleveles szüléset” képzést is az egyetemi klinikákon (a 2 éves okleveles műtőképzéshez hasonlóan). Ezek az általános orvosgyakorlat szerepkörének betöltését célzó pályázatoknál egyenlő feltételek mellett kötelező előnyben volnának részesítendőek.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 22. sz. Hirt A. és Wimmer K.: Luminescentia-górcsővi megfigyelések a nicotinsav és nicotinsavamid viselkedéséről az élő szervezetben. — **Luckner H. és Mann E.:** Allergiás jelenségek testi megerőltetések után. — **Neuweiler W.:** Megjegyzések a C-vitaminszükséglet kérdéséhez. — **Picado C. és Rotter W.:** Vizsgálatok a vérsavó antithyreotrop anyagairól, főleg golyvásokon. — **Engelhardt W. és Hüllstrung H.:** Ulironnal etetett galambok bénulásos tüneteinek elhárítása B₁-vitaminnal. — **Mittelstrass H.:** Bőrhajszálerek és szemfenék viselkedése az eklampsia rövidhullámkezelése alatt. — **Gsell O.:** A serum-fehérje és csontvelő elváltozásainak jelentősége lymphogranuloma inguinale esetében. — **Gros W.:** Hayem-oldattal végzett új, egyszerű pelyhesedési reactio. — **Straub H. és Kull J.:** A szívizom vagusanyagtartalma szívgyilkosid hatás után. — **Bachmann R.:** A mellékvesekéreg zona germinatívája.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 22. sz. Grunert K.: Szemdyfunction és ovarialis migraen. — **Belonoschkin B.:** Emberi spermatozoák viselkedése a női szervezetben. — **Bieling R.:** Újabb oltóanyagvizsgálatok. — **Schlaeger:** A házasságfelbontási jog orvosi kérdései. — **Lauterbach L.:** Liebenstein fürdő (Eisenach mellett) természetes gyógytényezői és javallatai. — **Baeyer H.:** Naturin, egy új sebkötőzószer. — **Mondry F.:** Meleg alkalmazása ismeretlen eredetű hasi bántalmakban. — **Jaeger F.:** Műtét utáni progressiv bakterialis, synergiás gangraena. — **Wintz H.:** Röntgenológiai medencemérés. — **Christ H.:** Szavatossági kérdések. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 22. sz. Ulrici: A fel nem ismert tüdőgümőkór kutatása röntgenvizsgálattal. — **Lommel:** A silikosis megítélése és megelőzése. — **Gajzágó és Göttche:** Felnöttek számárhurujának jelentősége. — **Eschbach:** Az idült gyulladásos szívburokdiverticulum. — **Gundel:** Fertőzés elleni védekezés. — **Lange és Thon:** Sorozatos tuberkulinpróbák eredménye fiatal egyénekben; Adat a tuberkulosis epidemiológiájához. — **Amelung:** A tbc. klinikus kezelésének feltételei Nagy-Németországban. — **Franke:** A világító ernyőphotographálás technikai eszközei. — **Holzhausen:** A tüdőgümőkór lecithinkezelése. — **Kuthan:** A multiplex myeloma morfológiája és diagnostikája. —

SEVENA L-CHINOIN

Injectio — tabletta

Altató- és csillapítószer — antiepilepticum

a hashajtókat váltogatni kell!!

neolax „Certa” görcs nélkül hat!!

30 db P 0 60

Wackerbauer: Téves beutalások a rokkantbiztosítási gyógyintézetekbe.

Wiener Klinische Wochenschrift. 22. sz. Munk F.: Az emberi bőr elektromotoros feszültségkülönbségeinek eloszlása és ennek kapcsolata a vegetatív systemával. — **Boller R.:** Az elhízás és soványágstherápiája. — **Rosenauer F.:** Recidiv sérvek gyógyítása Goepel-féle gyűrűhálóval. — **Klicpera L.:** Elálló fülek correlatiója.

La Presse Médicale. 43. sz. Roskam I.: Kis és rejtett vérzékenység. — **Lagèze P.:** Késői szövődmények aranyosok olajos suspensiójával. — **Ravina A.:** Megjegyzések a különböző typhus és paratyphus vaccinák immunizáló hatásának tartalmáról és fokáról és az oltott egyének typhoidjáról. — **Goinard P.:** Lágysérvek gyökere mütete a ligm. Cooperi levárással. — **Lebourg L.:** Temporo-maxillaris ficam respositioja transmassestericus környéki anaesthesiában.

The Lancet. jún. 3. G. Gordon Bruce: Az acut appendicitis diagnosisa és kezelése gyermekekben. — **R. J. McNeill Love:** Abscessussal, v. localis peritonitissal szövődött appendicitis kezelése. — **E. P. Sharpey Schafer, R. Shackman:** Testosteronpropionat. — **K. H. Tallermann, J. H. Burkinshaw:** Az acut nephritis prognosisa gyermekkorban. **Robin Pilcher:** Az elzáródás szerepe fatalis pulmonalis embóliában. — **T. H. Belt:** A pulmonalis embolia gyakorisága. — **I. Katzenellenbogen:** Nikotinsav endemiás glossitisben. — **F. Murgatroyd, G. M. Findlay, F. O. Mac Collum:** Hosszú latens plasmodium ovale infectio. —

British Medical Journal. jún. 3. A. Hall: Új lámpák a régi helyett. — **V. Ridder:** Vértransfusio körforgó pumpával. **A. Maberly:** Gyermektanácsadás utóeredményei. — **J. B. Burr:** Gyermekági sepsis késői hatásai. — **L. R. Lempriere:** Felnőttserum iskolai epidemiás kanyaróban.

Journal of the American Medical Association. máj. 13. **E. P. Boas:** Angina pectoris. — **R. M. Calder, stb.:** Brucellosis. — **G. H. Scanlon, K. M. Bringham, stb.:** Plasmaprothrombin. — **D. F. Smiley, E. C. Showacre:** Acut interstitialis pneumonitis. — **J. A. Myers:** Tuberculositikus fertőzés. — **S. Heckt, J. Mandelbaum:** A vitamin és a sötétséghez alkalmazkodás. — **R. L. Schaefer, stb.:** Chondroepiphysitis. — **H. N. Bundesen, W. I. Fishbeim:** Diphtheria immunitás. — **C. Barse:** Az epehólyag megbetegedése. — **C. Mazer, F. R. Shechter:** A vulvovaginitis kezelése oestrogennel. — **J. W. Galgiani, F. Proescher, stb.:** Adrenalin erős oldatainak inhalatiója.

VEGYES HIREK

Schaffer Károly prof. tiszteletére tanítványai emléktáblát helyeztek el a budapesti egyetem ideg- és elmekórtani klinikáján, melyet meglepetésszerűen ünnepség keretében leplezték le f. hó 2-án. Az ünnepségen az ünnepelt és családján kívül az előkelő közönség soraiban megjelent a tanári kar s tanítványai nagy száma, kiket **Benedek László** prof. fogadott, majd az ünnepséget megnyitó beszédében a legőszintébb elismeréssel méltatta **Schaffer Károly** tudományos munkásságát. Utána **Kenyeres Balázs** prof. a kortársak és a tudományos akadémia nevében szólott. A volt tanítványok nevében **Miskolczy Dezső** prof. köszöntötte a hála szavaival **Schaffer Károlyt**, úgy is mint a szegedi egyetem díszdoktorát, majd az orvostanhallgatók nevében egyik növendéke **Benczur Gyula** üdvözölte az ünnepeltet. **Schaffer Károly** meghatottan mondott köszönetet az üdvöz-

lésekért s a töle megszokott szerénységgel az érdemeket elődeire **Lauffenauer** és **Moravcsik** professorokra hárította. A bensőséges hangulatú ünnepség befejezésül **Benedek** professor átnyújtotta a dombormű kicsinyített mását az ünnepeltnek. Ez az ünnepség a csendes, szerény tudósnak, a jó főnöknek, a mester tanárnak szólt, ki nagy tudásával az orvostudomány számára nagyszerű generációt nevelt. Szólt annak a tudósnak, ki **Ramon y Cajal** ajánlatára annak idején az **Achucarro**-díjat kapta, szólt annak a tudósnak, kinek a nyugalom nem jelent nyugalmat s csendes magányában úgy dolgozik tovább, hogy munkájának egy-egy eredménye mindig feltűnést kelt. Mi is csatlakozunk az ünnepők soraikhoz s mély hódolattal hajtjuk meg az elismerés zászlóját lapunk kíváló munkatársa előtt.

A Magyar Orvosi Nagyhat nyolcadik ülészakát ünnepélyes keretek között nyitották meg június 5-én d. e. 9 órakor a Budapesti Kir. Orvosegylet Semmelweis-termében. A népes hallgatóság előtt **Johan Béla** államtitkár mondotta el nagyszabású elnöki megnyitóját, melynek elhangzása után emléklapokat nyújtott át a legutóbbi ülés elnökének: **Grósz Emil** professornak. Utána **Manninger Vilmos** főtitkári jelentésében beszámolt arról, hogy a múlt évben miért maradt el a Nagyhat, majd ismertette a szövetség tanács működését. A számvizsgáló bizottság jelentése után az új tisztikar megválasztása következett. A jövő évi ülés elnökévé **Vámossy Zoltán** professort, főtitkárává pedig **Horay Gusztáv** rk. tanárt választották meg.

A tudományos ülés „A hormonok” vitakérdéssel vette kezdetét, melynek első előadója **Beznák Aladár** prof. volt.

Orvostudományi és kari jegyző választások értelmében a budapesti Tudományegyetemen 1939–40. évre dékáná **Orsós Ferenc**, kari jegyzővé **Kiss Ferenc** professorokat választották meg.

A **Monatschrift für Psychiatrie**, a legrégebbi német ideggyógyászati folyóirat szerkesztői bizottságának vezetője: **Bonhoeffer** prof., titkos tanácsos nyugalmabavonulásával kapcsolatban megvált tisztségéről. Erre a fontos tudományos posztóra **Benedek László** professort kérték fel. A magyar idegkörtan újabb megbecsülését jelenti ez a meghívás.

Az új Westminster kórházat, mely London legmodernebb s legjobban felszerelt kórháza, az angol király személyesen avatta fel. A város belsejében, közel a Themze folyóhoz, kertben, 66.000 négyzetláb területen 7 emeletes épületben 400 ágyat helyeztek el. Mellette ápolónői épület van. A kórházat magánadakozásból 200 év előtt alapították, s most is magánadakozásból építették s tartják fenn. Évi költségét 120.000 fontra tervezik. Annak ellenére, hogy Anglia lakosait nagy adók terhelik, a társadalom a legnagyobb készséggel bocsátotta a kórház rendelkezésére az újáépítés 20 millió pengőjét (körülbelül ennyinek felel meg a kiadás). Most újabb adományokat kérnek és pedig évi 100 pengő tagdíjat, vagy 1250 pengő adományt, vagy 25.000 pengő ágyalapítványt.

A kórház személyzete 600 fő (100 orvos, 240 ápolónő, 20 tisztviselő, 90 technikai és 150 egyéb személyzet). A kórház egyuttal oktató intézmény, de korlátozott számban vesz fel tanulókat, hogy kiképzésük gyakorlati s alapos legyen.

A felső légutak hurutos megbetegedéseinek szuverén gyógyszere az **Expectin** cseppek. 1 üveg ára: 2.20 P. Gyártja: **Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratórium** Budapest, VI., Teréz körút 27.

Svábhegyi Szanatórium

Betegei szabadon választják konzultáló, kezelőorvosait, kiknek a kezelésre vonatkozó utasításait az intézet orvosai híven követik.

Lahmanszerű kúrák

Bircher-Benner-féle nyers-diéta

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce- rebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.		Varicella		Pertussis		Influenza complic.		Malaria		Typhus exanth.	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	157.551	5	—	—	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	19	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	115.387	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
3. Baranya	251.803	4	—	—	—	7	—	2	—	14	—	—	—	—	—	—	—	20	2	4	1	8	—	—	—	—	—	—	—
4. Bars és Hont	145.389	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Bereg és Ugocsa	162.173	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	2	—	—	—	—	3	8	4	—	91	—	—	—	—	—	—	—
6. Békés	339.708	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	1	—	—	—	—	22	3	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—
7. Bihar	183.857	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	59	—	6	—	3	—	—	—	—	—	—	—
8. Borsod	298.610	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	2	—	3	8	2	—	10	—	—	—	—	—	—	—
9. Csanád-Arad-Torontá	174.715	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	74	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Csongrád	147.834	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	10	—	4	1	3	—	—	—	—	—	—	—
11. Esztergom	101.932	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Fejér	230.967	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Gömör és Kishont	104.459	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
14. Győr-Moson	157.476	2	—	—	—	—	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	9	7	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Hajdú	183.748	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	8	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	—
16. Heves	324.836	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	9	—	6	—	—	—	—	—	—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	13	3	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—
18. Komárom	287.234	2	—	—	—	—	—	6	—	5	—	—	—	—	—	—	—	7	2	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Nógrád	256.727	3	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	64	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Nyitra és Pozsony	190.811	4	—	—	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	6	—	—	—	5	—	13	—	58	—	1	1	—	—	1	—	42	39	23	1	15	—	—	—	—	—	—	—
22. Somogy	391.883	2	—	—	—	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	26	1	3	—	43	—	—	—	—	—	—	—
23. Sopron	141.863	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24. Szabolcs	429.614	2	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	88	3	10	—	46	—	—	—	—	—	—	—
25. Szatmár	137.494	2	—	1	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	36	—	—	—	14	1	—	—	—	—	—	—
26. Tolna	264.410	—	1	—	—	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	2	2	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27. Ung	73.269	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	6	2	—	—	41	—	—	—	—	—	—	—
28. Vas	271.102	2	—	—	—	—	—	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	11	2	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—
29. Veszprém	249.509	—	—	—	—	1	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	7	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30. Zala	370.132	2	1	—	—	—	—	1	—	6	—	1	1	—	—	—	—	3	—	—	—	73	—	—	—	—	—	—	—
31. Zemplén	198.948	—	—	—	—	1	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	44	5	2	—	113	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.067.124	4	1	—	—	9	1	12	—	55	—	—	—	—	—	—	—	69	73	34	1	2	—	—	—	—	—	—	—
III. Debrecen	127.817	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	27	1	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	51.115	3	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.076	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kassa	58.082	—	—	—	—	—	—	4	2	5	—	—	—	—	—	—	—	9	1	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—
VII. Kecskemét	83.559	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Miskolc	67.373	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—
IX. Pécs	73.204	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	6	3	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—
X. Sopron	35.974	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Szeged	140.671	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	62	10	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—
XII. Székesfehérvár	42.253	1	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	10.110.543	56	5	2	—	27	1	93	3	209	1	12	6	3	—	8	—	773	204	169	—	9	608	1	—	—	—	—	—

CAPHOSEIN

a tej fehérjéit, (caseint lactalbumint és lactoglobulint) tartalmazó,
dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítmény,

a dyspepsiák kiváló gyógyszere

Javulva továbbá: exsudatív és neuropathiás csecsemők súlygyarapodásának megindítására.

Adagolás: 1 kávéskanál (5gr.) Caphoseint fél deci teában felfőzünk, saccharinnal édesítjük és ebből minden szopás vagy etetés előtt 2-3 kávéskanálnyit illetve szükség esetén többet fogyasztatunk

Szabadon rendelhető az összes betegségbiztosító ó intézetek terhére.

Krompecher Tápszer- és Gyógyszeripari KFT. Budapest, V., Nádor-utca 15. sz.



1 tableta tartalmaz:

0.28 g. Acid. acet. sal.,

0.013 g. Chin. citr.

0.04 g. Li. citr.

Kipróbált szer,
ártalmatlan
a gyomorra és
a szívre.

Antineuralgicum

Antipyreticum

Antirheumaticum

Analgeticum

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál:

Dr. Filo János

„Szent Keresztély” gyógyszerháza

Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

A turkevei egészségháza június 12-én nyitják meg ünnepélyes keretek között. A felavatandó egészségház helyiségeiben anya- és csecsemővédelem, szülötthon, tüdőbeteg-gondozó, iskolafogászat és iskolafürdő nyert elhelyezést.

A malária a 36.500—1930. B. M. sz. rendelet szerint a bejelentendő betegségek közé tartozik. A bejelentés elmulasztása pénzbüntetést von maga után. Kétes esetben vérvizsgálatot küldhet a vizsgálatra a M. kir. Orsz. Közegészségügyi Intézetbe. Hatósági orvosoknak az Intézet kérésre tartályokat bocsát rendelkezésre. A vizsgálat szegénysorsú betegek számára díjtalan.

Angliában 1938-ban az orvosok jótékony alapítványa 750 orvosi családnak 24.320 fontot adott segítségül (ez kb 600.000 pengőnek felel meg).

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár Rt., Ujpest, gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetését csatoltuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Magasfeszültségű diagnosztikai és therapiiai röntgenberendezés és Chautel készülék eladó. Megkeresést „Complet” jellegre a kiadóba kérek.

Uj !!

Uj !!

Super-Lysoform

Rendkívül baktericid

(10%-os oldata 1 perc alatt öli el a staphylococcust)

HETIREND

Június 10-én d. u. 6 órakor: az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága rendezésében az egyetemi urológiai klinikán (VIII., Üllői út 78/b.) betegbemutatók és demonstrációk.

Június 14-én, d. u. 1/2 órakor az Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának évzáró ülése (Poliklinika díszterme, Szövetség-utca 14.). — Simon Béla: Korszerű fogorvosi therápia (Apponyi emlékelőadás.)

Vasvármegye és Szombathely város Közkórháza.
237—2—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

Az igazgatásom alatt álló Vasvármegye és Szombathely város Közkórházában megüresedett két segédorvosi és két kiegészítő orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. f. o. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítmény ellenében I. osztályú élelmezés.

A segédorvosi kinevezés két évre szól, mely további két évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. A kiegészítő orvos alkalmazása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Pavadalmazása: bútorozott szoba, fűtés, világítással, havi 80 pengő díjazással, 50%-os térítmény ellenében I. osztályú élelmezés.

Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Magánygyakorlatot folytatni nem szabad.

A szabályszerűen felszerelt kérvények vitéz dr. Szűts István főispánhoz címezve, a közkórház igazgatóságához nyújtandók be. A beküldés határideje 1939 évi június 22 déli 12 óra.

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány; 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. curriculum vitae; 6. testi és szellemi alkalmasságot igazoló, újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; 7. az eddigi esetleges működést igazoló bizonyítványok és 8. Orvos Kamarai tagság igazolása.

Elkészve érkezett, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket nem vehetek figyelembe.

Közszolgálatban álló pályázók kérvényüket szolgálati főnökük útján nyújtják be.

Szombathely, 1939. június 1.

Pető Ernő dr. s. k.
m. kir. egészségügyi főtanácsos,
igazgató-főorvos.

3104—1939. sz.

A Sümegi járás főszolgabírája.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

Sümeg nagyközség közkórházánál kinevezés folytán megüresedett alorvosi és a belügyminiszter által engedélyezett egy kiegészítő orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a XI. fizetési osztály szerinti fizetésen felül természetbeni lakás, fűtés, világítás, élelmezés, utóbbi önköltségi árának 50%-a megtérítendő. A kiegészítő orvosi állás javadalmazása havi 80 P. és élelmezés, lakás, fűtés, világítás.

A pályázati kérvényhez eredetben vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonat, b) erkölcsi, valamint a családi állapottal igazoló bizonyítványt, c) magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, d) az ország területén orvosi gyakorlathoz jogosító orvosi oklevelet, e) egyetemi leckeönnyvet, f) polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat, g) közszolgálatra alkalmas, szellemi és testi épiséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt, h) a katonai szolgálathoz vonatkozó okmányokat, i) orvoskamari tagsági igazolványt.

Közszolgálatban állók az említett követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, annak másolatával igazolhatják.

A pályázati kérelmeket Zalavármegye alispánjához címezve, Sümeg járás főszolgabírájához kell benyújtani.

Pályázati határidő 1939. évi július hó 1.

Magánygyakorlat nincs megengedve. A kinevezendő orvos állását a kinevezéskor tartozik elfoglalni.

Sümeg, 1939. május 30-án.

Főszolgabíró helyett:
Olvashatatlan aláírás.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatják:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Vámossy Zoltán: Elnöki megnyitó. (581—583. oldal.)

Frigyesi József: Fürdőgyógyítás szerepe a mai nőgyógyászatanban. (583—586. oldal.)

Benczúr Gyula: Thermalis fürdőkúrák tartamáról. A fürdő-fáradtságról. (586—588. oldal.)

Bilkei Pap Lajos: A myalgia elkülönítő kórisméje és terapiája. (588—590. oldal.)

Keller Kálmán: A bőrhőmérsékletmérések balneoterapiás jelentősége. (590—593. oldal.)

Barla-Szabó József: A fürdőkórház felállításának orvosi irányelvei. (593—594. oldal.)

Arany György: Az epeköbaj balneoterapiája. (594—596. o.)

Pályi Márton: Munkásfürdők. (597—598. oldal.)

Benderek István: Gyógymasszázs és mechanoterapia. (598—600 oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (97—100. oldal.)

Irodalmi szemle. Könyvismertetés. Egyesületek ülésjegyzőkönyvei. (601—605. oldal.)

Lapszemle. Vegyes hírek. Heti rend: (605—608. oldal.)

AZ ORSZÁGOS BALNEOLÓGIAI EGYESÜLET 44-IK KONGRESSZUSÁN TARTOTT ELŐADÁSOK

1939 ÁPRILIS 28—29

Elnöki megnyitó.

Elmondta: Vámossy Zoltán dr. egyetemi tanár,
az egyesület elnöke.

Húsz éve annak, hogy a lezajlott világhaború után munkánkat újra megkezdjük és igyekeztünk a magyar fürdőügy zátonyra jutott sarkját újra szél alá helyezni. Szembeszállva a gúnyos váddal, hogy fürdőügyet akarunk csinálni fürdők nélkül, hozzáfogtunk ehhez a sysfusi munkához. Számba vettük azt, amink van és mindenekelőtt elindítottuk Budapest-Fürdőváros Egyesülettel karöltve azt az actiót, ami szeretet Fővárosunkat néhány év alatt külföldi viszonylatban is elismert igazi fürdővárossá tette. Ennek a csodás eredményű mozgalomnak magyar bölcsőben ringott királyi sarj: József Ferencz kir. herceg Ő Fensége állott az élén nem riadva vissza semmitől, amit koldus voltunk és gúzsba kötöttségünk akadályként torlasztott elé, lelket öntve a kételkedőbe és maga járva az ellenséges külföldet a nemzet ügynökeként, hogy figyelmét és jóhajlandóságát hazánk és annak gyógykincsekben gazdag fővárosa felé terelje. E nemes cselekedeteért, mit még ma sem szűnt meg folytatni, — a nemzet hálája kíséri őt és munkájából részt kérő élete párját életük végéig, sőt azon túl is.

Benépesítettük az új fürdőtörvény és egy igen agilis Balatoni Intéző Bizottság segítségével a kies Balaton partját az üdülőhelyek egész sorával, a régiakat is fejlesztve, vízvezetékkel, csatornázással ellátva és ugyanilyen lendületet adva sok más Dunántúli és Dunamenti nyaralótelepnek.

Meghagyott erdős hegységeinket: a Mátrát és a Bükköt teleszórtuk tudószanatoriumokkal, turista és sport-üdülőkkel, legyőzve még a legnagyobb nehézséget is: a vízszegénységet.

Megfúrtuk a nagy magyar alföld televény buza-termő földjét és ma három helyen szökik a 70°-os,

konyhasós-jódos hévvíz hihetetlen bőségben, nagy kiterjedésű gőzölgő medencéket töltve meg áldásos gyógyvizével.

Távol legyen tőlünk, hogy mind e 20 év csodás tevékenységét a mi sem anyagi erővel, sem intézkedő hatalommal nem rendelkező egyesületünk érdeméül tudjam be. Hiszen világos, hogy a magyar állam, illetve annak bölcs kormánya, a székesfőváros közönsége és jövőbelátó vezetői, socialis és hazatias célú egyesületek és majd mindenütt a magánvállalkozás voltak azok a teremő erők, amiknek a létesítmények és ez a merész haladás köszönhetők. De úgy érzem, hogy a szándéknak, az áldozatkészségnek, a bölcs és teremő erejű törvényeknek, szóval a tettnek és cselekvésnek ingerképző helye, sinus-csomója mégis ez a nagy múltú egyesület volt, melyben a lelkesedés, ügyszeretet és hozzáértés találkoztak a magyar fürdőügy megmentésére, szervezésére akkor, mikor mindenki lelkét csüggedés és kétségbeesés fogta el.

Ennek a vállvetet munkának új lendületet, új munkaterületet ad most egy bár mindig remélt de mégis váratlanul szerencsés fordulata nemzetünk sorsának: Felső Magyarország magyarlaktá részeinek és az egész Kárpátaljának visszacsatolása országunkhoz. Még számba sem tudjuk venni, hogy mit jelent ez a magyar fürdőügy szempontjából, hiszen jóformán az egész terület erdős, hegyes, vizgazdag vidék, melyen rég ismert, kitűnő ásványvizek fakadnak, mint a híres Szolyvai, Luhi, Polenai bicarbonatokban gazdag ásványvizek, nem is szólva a mármarosai sósfürdőről: Aknaszlatináról, Királyfürdőről és Pavelfürdőről, vagy gömörmegyei régi hírességű Csizről vagy a hideg-kénes Szobráncról, a bájos Hársfalváról, Gyertyánligetről. Nagy feladatok és nagy lehetőségek tárulnak elénk ez értékeknek tervszerű és józan feldolgozásában és gyümölcsöztetésében, amiben remélhetőleg messzemenő segítséget fog nyújtani a magyar állam a vállalkozó tőkének és teremő munkának. Bizony nem ártana ide sem egy kormány-

biztos vagy egy Kárpátaljai Fürdőbizottság kellő hatáskörrel felruházva, nemcsak egészségügyi és fürdő-érdekek előmozdítására, hanem mert e szegény és nyomorgó kárpátaljai nép foglalkoztatására és felsegítésére minden alkalmat és lehetőséget meg kell ragadni, ami őket munkához és kenyérhez juttatja.

Jövendő feladataink eme legújabbikára reámutatva nem mulaszthatom el, hogy feladatainkkal általában néhány szóval ne foglalkozzam. Ezek három téren mutatkoznak: a gazdasági élet terén, szociális és egészségügyi téren és a tudományos balneológiai téren.

Gazdasági téren a legnagyobb bajt abban látom, hogy fürdőink szétesve egyenként küzdenek megélhetésük és boldogulásuk nehézségeivel, sokszor idegen érdekek szolgálatában, néha azok martalékául esve. Meg kellene végre találni az azt a közös szervezetet, ami hozzásegítené a most egyedül vergődőket a nagyban beszerzés olcsó áraihoz, a tervezés, építkezés és berendezés csatlódást nem okozó, gond nélküli és bevált végrehajtásaihoz, kinek-kinek a maga érdekkörében kívánatos reklámjához, nyomtatványaihoz és mindenekfelett az *olcsó hitel*hez. Az én eseménydús főtítkárságom alatt már meg is kezdte működését egy ilyen közös beszerző vállalat a mi gazdasági osztályunk felügyelete alatt és egy teljesen kész fürdőtörvény hitelszakaszának biztosítására készen volt a megegyezés egyévi 400.000.- koronás kamatgarantia megalkotására, amit felerészben az állam, felerészben pedig a fürdők szolgáltattak volna minden állandó fürdővendék gyógydíjából 1 koronát fordítva e célra. Nem tudom miért nem lehetne ezt ma is megcsinálni magunk között a kormány vagy valamelyik mozgékonyabb nagy bank segítségével.

Második nagy és közérdekű feladata a fürdőknek a szociális egészségügy terén keresendő. E téren már nem vagyunk annyira elmaradottak, s hála országos betegpénztáraink bölcs vezetőinek üdülőházak és gyógyintézetek elég szép számmal létesültek már különböző fürdőhelyeinken. De kérdem nem jobban jártak volna-e fürdőink, ha ők létesítettek volna ily sanatóriumokat és üdülőházakat, amelyek a saját regijejükön könnyítettek volna és lehetővé tették volna idényük meghosszabbítását? A magyarázat persze a tőke és hitelhiányban keresendő, miről mint megoldandó problémáról már szóltam. Nem lehet azonban eléggé hangsúlyozni, hogy gazdasági szempontból mily előnyös fürdőinknek a betegpénztárakkal minél számosabb beutalásra szerződést kötni s ez által a maguk regie költségeit csökkenteni, elő- és utóidényüket benépesíteni. Hogy ez kellő szervezkedés, reklám és kezdetben talán szükséges kintartás mellett még a rendes fizető vendégek szerényebb köreiből is miként volna olcsó napi árak mellett elérhető, arról már pár év előtt megemlékeztem. Ez is szociális egészségügyi feladat volna, ami megérdemel kezdetben némi áldozatot, mert fürdőüzemeink későbbi rentabilitását bizton elősegítené.

Gazdasági feladataink mellett igen fontos feladataink vannak a tudományos balneológia művelése terén. A fürdőkkel és ásványvizekkel gyógyítás a jelen század elejéig úgyszólván tisztán empirián alapuló orvosi ténykedés volt, melynek eredményeit — még ha letagadhatatlanul voltak is — a nagy sceptikusok által belénk nevelt nihilizmus nem volt hajlandó a kúrákkal okozati összefüggésbe hozni, mert nem találta meg reá az élettani, a kísérleti bizonyítékokat. Emlékszem még azokra az időkre, mikor lemosolyogtuk a földes és kénes hévvizet, a szénsavas és konyhasós fürdők, a minimális vasat vagy jódot tartalmazó vizek gyógyító hatását és minden csodálatos eredményt psychicus hatásokra, autosuggestióra, környezeti és életmódváltozásra

voltunk hajlandók visszavezetni. A fizikális therápia egyre jobban kikísérletezett hatásmegállapításai kezdtek törni és művelésre alkalmassá tenni a balneológiai tudomány talaját és a rejtélyes rádiumnak és radioaktivitásnak kellett jönni, hogy megdöbbsen és kigyógyítson bennünket e gögös nihilizmusunkból a természet erőivel szemben.

Ma mikor már a gyógyítás művészete alatt csak a beteggel bántani tudást, de nem magát a gyógyító tudományt értjük, amit még a legemberismerőbb és legsuggestívhatásúbb orvos sem nélkülözhet, — a balneológia is ki kell, hogy lépjen a mysticismus kódéből és nem támaszkodhatik többé a „Brunnengeist” suggestív erejére. Ma mindent bizonyítanunk kell, mert minden bizonyítható, csak meg kell ismerni a jelenségek összefüggésének titkát. Rengeteg teendő vár e téren a balneológiai kutató tudomány munkásaira, még pedig nem csak itthon, de a haladottabb külföldön is, mert ott sincsenek sokkal előbbre. Hangsúlyoznom kell, hogy annyira hátra vagyunk, hogy magukat a gyógyerőket és azok változását, elemi hatásait sem ismerjük eléggé, amiknek ismerete nélkül pedig aligha lehet a betegek várható hatásait megfigyelni és rendszerbe szedni. Nagy fontosságuk tehát ezek az elemi előmunkálatok, a melyek nem is látszanak összefüggésben állani a gyakorlati fürdőtan problémáival és épen ezért könnyen tekintetnek a gyakorlati emberek által olyan elméleti tudományos szalmacséplésnek, aminek a gyakorlati fürdőgyógyítás szempontjából semmi értéke sincs és így nem is érdemes érte áldozatot hozni.

Ez az emberek és nézeteik eluralkodó szempont volt a tudományos balneológia kifejlődésének egyik nagy akadálya és csak nagy örömmel kell üdvözlönnünk azt a kezdeményezést, ami e téren a *Budapest Székesfővárosi Gyógy és Üdülőhelyi Bizottság* áldozatkészségében és *Belák* prof. önzetlen munkavállalásában jelentkezik s amely actio máris több értéket termelt, mint az eddigi évtizedek. — Bár meg kell elégednünk és hálával kell fogadnunk a gyógyhelyi bizottság és az egyes budapesti fürdők áldozatkészségére épített jelenlegi szervezetét e kutató intézetnek, nem hallgathatom el, hogy tökéletesnek és teljesnek csak akkor látnám azt, ha egy megfelelő beteganyaggal rendelkező fürdőkórház keretén belül működhetnék. Talán ezt is meg hozza majd a jövő.

A tudományos kutatás mellett nem szabad megfeledkeznünk fürdőorvosainknak a mai kívánalmaknak megfelelő kiképzéséről sem. Ez irányban egyesületünk vállalt tevékenységet fejt ki az *Orsz. Orvosszövetség fürdőorvosi szakosztályával* és az *Orsz. Orvosi Kamarával*. Célunk az, hogy a fürdőorvosi gyakorlat színvonala emeltessék és specialis szakképzettséghez legyen kötve. Módot ad erre a szakorvosi rendelet is, mely 3 évi belgyógyászati gyakorlat mellett, melyből 2 év valamely fizikotherápiára jól berendezett osztályon vagy gyógyfürdőn töltendő, — adja meg a jogosultságot a „természetes gyógy módok szakorvosa” cím elnyerésére. Mi szeretnénk e képesítést a fürdőorvosi gyakorlat jogosultságával összekötni a szerzett jogok tiszteletben tartásával. Meg kívánja ezt nemcsak a fürdők érdeke, mi alatt az eredményes beteggyógyítást mint a fürdők legnagyobb sikerét és elsőrangú érdekét értem, — hanem meg kívánja ezt a közönség érdeke is, kik a fürdőt a gyógyulás reményével és hitével keresik fel. Reméljük, hogy ezt a kérdést az Orvosi Kamara által képviselt és védett orvosi érdekekkel harmonikus megegyezésbe tudjuk hozni és közmegegyezésre fogjuk megoldhatni.

Tisztelt Congressus! Egy elnöki megnyitó szűk keretében nem lehet ily nagy tervekről és feladatokról teljes képet nyújtani, mint amilyenek ennek a félszázados egyesületnek jó szándékát és lelkiismeretét terhelik. De bízom benne, hogy az egyesület minden tagja, barátja mélyen átérzi a mi problémáink jelentőségét és közérdekű voltát. Ez az ami megnyugtató és a siker ígéretével biztat, melynek reményével nyitom meg az idei 44-ik congressusunkat.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Frigyesi József ny. r. tanár.)

Fürdőgyógyítás szerepe a mai nőgyógyászatban.

Irta: Frigyesi József dr. egyetemi ny. r. tanár.

A nem szakember — ide számítva a nem szakorvosokat is — aki többet hall ma egy-egy többé-kevésbé sikerült műtétről és aki értesül a nőgyógyászati (konservatív) műtét nélküli gyógyítás haladásáról, újabban különösen a magas frekvenciájú áramon alapuló kezeléseik eredményeiről, a nőgyógyászatban is kiterjedten alkalmazott protein gyógyítás különböző módjairól, könnyen juthat arra a téves következtetésre, hogy a fürdő gyógyítás a nőgyógyászatban lényegesen vesztett fontosságából.

Mindezeket ismerve, úgyszintén számolva a mai ember nehéz szociális helyzetével, gyors eredményt váró, türelmetlen voltával, joggal merülhet fel a kérdés, hogy nem szorul-e az újabb időben lényegesen háttérbe a nőgyógyászati fürdőgyógyítás.

A látszat tényleg azt mutatja, hogy a nőgyógyászati fürdőgyógyítás terén visszaesés mutatkozik. Ennek oka lehet a szociális helyzet, az utolsó években csaknem állandósuló nehéz gazdasági körülmények, de nem függhet össze a fürdőgyógyításmódnak szakmánkba vágó látszólagos háttérbe szorulása tudományunknak az utolsó évtizedekben tényleg megtett nagy haladásával.

Ezt a kérdést úgy tudjuk helyesen megvilágítani, ha a fürdőgyógyítás tárgyát képező női betegségek kezelésének mai eredményeit vesszük vizsgálat alá.

Bár a fürdőgyógyítás alkalmazása a nőgyógyászatnak több fejezetében régi tapasztalat szerint eredményes, — mégis leginkább három olyan közismert és fontos fejezete van a nőgyógyászatnak, ahol a fürdőgyógyítás közismerten lényeges szerepet játszik. Ezek: a nő meddősége, a női nemzőszervek gyulladásai és a változás korának a kezelése.

Mindhárom fejezet gyógyításának fejlődése az utóbbi évtizedekben valóban nagy haladást mutat és lényeges változásokon ment át.

A fürdőgyógyításmód egyik legfontosabb terrenumának — a meddőségnek — kiváltó tényezői az utóbbi évek megismerései szerint rendkívül különbözőek lehetnek. Ezek alapján a gyógyítás természetesen megszűnt sablonos lenni és a kiváltó tényezőkhöz alkalmazkodik.

Kétféle meddőséget ismerünk. Nevezetesen elsődleges meddőséget, melyről akkor beszélünk, ha valamely nő 4 évi házasság után sem jut teherbe. Ez az időpont természetesen teljesen önkényes és az esetek legnagyobb részében a meddőség fennforgását már előzőleg is megállapíthatjuk. Beszélünk továbbá másodlagos meddőségről, amikor a nő egy, vagy több gyermek születése, ill. egy vagy több vetélés után veszti el fogamzóképeségét.

Mivel a másodlagos meddőség rendszeren már előrement szülés vagy vetélésből keletkező gyulladás következménye, erre a kérdésre tulajdonképpen a gyulladások megbeszélésénél mondandók vonatkoznak. Ezért itt a meddőségről beszélve, csupán az elsődleges meddőségről szólunk. Ennek tudvalevően az eseteknek közel $\frac{1}{3}$ -ában a női szervek különböző elváltozása az oka, második harmadában a női nemzőszerveknek férfitől szerzett megbetegedései idézik elő és végül $\frac{1}{3}$ -ában a meddő házasságok a férfi nemzőképességének a hiánya szerepel.

Ha a meddőség ismert okait nézzük, eltekintve a nagy ritkán előforduló hüvelyi aplasiától, ill. különböző atresiáktól, az esetek egy nagy részében a külső méhszáj szűkületet, máskor a méhnyak szűkületet tartották a meddőség okának. Ez a magyarázata annak, hogy a meddőség terápiájaként egy időben és különösen a gyakorlatban talán sok helyen még ma is, a külső méhszáj bemetszését, tágitását, esetleg kiszegését végezték, illetve végzik. Mivel pedig helyesen következtettek arra, hogy nemcsak a külső méhszáj az a mi ilyenkor szűk, hanem az egész méhnyak, ezért a méhnyak bemetszésének, illetve tágitásának különböző módjait is igénybe vették, hogy a méhnyak tágabb voltát állandósítsák.

E műtétek elterjedésénél és igen gyakori végzésénél még nyilván nem gondoltak arra, hogy a spermatozoon nagysága 4.2 mikron, szóval lényegesen kisebb, mint a vörösvérsejté, mely 7.5 mikron. Tehát rendes körülmények között a szűkebbnek látszó méhszájon, melyen minden hónapban a menstruációs vér, illetve nagyszámban vörösvérsejtek is át tudnak jutni, a sokkal kisebb spermatozoonok is fel tudnak hatolni.

Kétségtelenül előfordul az is, hogy gombostűfejnyi és ennél kisebb méhszáj esetén a szivósan tapadó cervicalis nyák nagy tömege halmozódik fel a méhnyakban és elzárva a nyakcsatornát, esetleg így mechanikusan hozzájárul a meddőséghez. Tényleg mindnyájan ismerünk eseteket, ahol egyszerű laminaria-tágitással a meddő állapot meg volt szüntethető. Ilyen esetekben azonban a méhszáj, vagy méhnyak nagymérvű elzáródását inkább következményes méhnyálkahártya-hurut megvastagodás és nem tulajdonképeni szűkület okozza. Igazán meddőséget okozó, tisztán a külső méhszájra, vagy méhnyakra szorítkozó szűkület a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Nem vitatható, hogy sok rendellenesen, kórosan szűk méhszáj és méhnyak van, de ezekben az esetekben legtöbbször a méh is kicsiny, fejlődésben visszamaradt, infantilis. Ez és nem a fogamzásra alkalmatlan kis méhnek csak a szűk méhszája oka a meddőségnek. Ilyenkor nincs értelme a szűk méhszáj tágitásának, ellenben a fejletlen méhet kell növelni és ezáltal fogamzásra képessé tenni. Ezt a célt pedig részint hormongyógyítással, részint rendszeresen alkalmazott hőhatással és a balneoterápiával érjük el.

Nagyfokú hypoplasia esetén, intensív hosszú időn keresztül alkalmazott hormonális és thermalis terápiára van szükség. A szóban lévő baj természetében rejlik, hogy ezekben az esetekben ritkábban érünk célt.

Ennek a kérdésnek ilyen állása magyarázza, hogy az utóbbi években a vezetésem alatt álló egyetemi I. sz. női klinikán méhszáj-tágító műtétet meddőség miatt nem végeztünk, ellenben minden évben láttam néhány esetben a meddőség megszűnését, fogamzás bekövetkezését kisebb fokban hypoplasiás uterus esetén már 2—3 hónapi organoterapiás kezelés és elsősorban sós-ülfürdők, vagy egyéb thermalis gyógyítás alkalmazása után.

A meddőségnek másik nagy és nehezen megoldható problémáját képezik a *kürtök gyulladásos elváltozásai* és ezzel kapcsolatos megtöretésük, elzáródásuk.

Tudjuk, hogy az utolsó évtizedekben a kürtök átfurásával *Rubin*, továbbá a kürtök contrastanyaggal történő feltöltésével, salpingographiával *Rubin*, *Cary* és mások ajánlatára a nőgyógyászatban most rendszeresen foglalkoznak. Ezekkel az eljárásokkal objectív módon meg tudjuk állapítani a kürtök átjárhatóságát, illetve elzáródását, utóbbi esetben az elzáródást helyét is. Azt is tudjuk, hogy ahol az átjárhatatlanság oka a kürtök belsejében van, ott az átfúvás, illetve salpingographia után az esetek egy részében, a vezetésem alatt álló klinika anyagában *Ottó* közleménye szerint 18.3%-ban 6 hónapon belül terhesség következett be. Közismert azonban, hogy az esetek nagyobb részében, ahol a függelék körüli gyulladások, méhkörüli izzadmány, terimenagyobbodás alakjában észlelhetők, az átfúvás nem is végezhető. — Tudjuk azonban azt is, hogy azok a műtétek, melyek az elzárt kürt szájadékának szabaddá tételére (salpingostomia) vezettek, valamint az elzárt kürt peripheriás részének resectióját célozták, legnagyobb részben nem jártak eredménnyel. Bár az esetek egy kis részében az ép kürt-részek méhfalba történő átültetését is eredménnyel végezték, sőt teljes átjárhatatlanság esetén *Tuffier* ajánlatára az ovariumnak a méhfalba beültetését is eszközölték, mégis nagyon érthető, hogy az esetek túlnyomó többségében a kürtöknek gyulladás okozta átjárhatatlansága által feltételezett meddőség gyógyítása a gyulladásos fejezet hatáskörébe tartozik. Tény, hogy az utóbbi időben a sterilitás műtéti gyógyítása sokat tökéletesedett, így az ampullaris rész megnyitása, a *Martin-féle* salpingostomia helyett, vagy a *Nürnbergi* és *Halban* ajánlotta methodus, nevezetesen a kürtnek középső és oldalsó harmada közti átmetszését és a beteg, elzárt peripheriás rész eltávolítását, vagy még újabban a kürtök medialis beteg részének kimetszése után az ép ampullaris résznek a méhürbe beültetését végezték. (*Coullen*, *A. Mayer*, *Unterberger*, *Sellheim*.)

Ezután az eljárás után többen, így *Unterberger* 5 esetben terhesség bekövetkezését észlelte. Végül olyan esetekben, ahol a kürtök teljesen használhatatlanok a petefészeknek a méhürbe átültetése jöhet szóba, amit *Tauffier* ajánlott és ami után már szintén láttak terhességet az esetek 10%-ában bekövetkezni.

Ha pedig mai, tökéletes vizsgálati eljárásainkkal megállapítjuk, hogy a meddőséget nem a kürtök és általában nem a függelékek elváltozása okozza, akkor ezektől a most vázolt nagyobb beavatkozásoktól eltekintve más műtétek végzése is indokolt lehet. Pl.: rendellenes és bő vérzések esetén, ahol az endometrium beteg, curettage-t végzünk, továbbá nagyfokú kifejezett méhhátrahajlás esetén —, mely tudvalévően csak az esetek egy részében — okoz sterilítást, méh-helyzetjavító műtéteket szoktunk végezni.

Mai álláspontunk szerint tehát a meddőség elleni különleges műtétek közül, a régebben nagyon elterjedt kis beavatkozásokat, ma úgyszólván nem végezzük. Amióta közelebb jutottunk azonban a sterilitás okának megállapításához és ezirányú vizsgálataink is tökéletesebbek, ezek alapján végzünk néha nagyobb, modernebb meddőség elleni műtéteket. Bár ezekről is azt mondhatjuk, hogy többet beszélünk és írunk róluk, mint véghezük őket. Az utóbbi évek folyamán volt alkalmam 2 *Estes-féle* műtet elvégezni. Ezeknek a műtéteknek az eredménye azonban nem több, mint 10—15%. Ha tehát az ember a várható eredményről, a műtét esélyeiről, a beavatkozás mértékéről lelkiismeretesen felvilágosítja a beteget, akkor igen ritkán van alkalma ezeket a mű-

téteket végezni. Tapasztalás szerint e műtétek végzését a meddőség miatt csaknem kétségbe eső betegek szokták sürgetni legtöbbször, kiknek már volt egy gyermekük és meghalt, vagy akik előzőleg a fogamzás ellen különböző beavatkozásokat eszközöltek és ezek következményeképpen lettek meddők. Ha ezután röviden akarnám ezekről a modern, sterilitás elleni nagyobb műtétekről a véleményemet megmondani, azt mondhatnám, hogy főképpen egy hasznuk van, nevezetesen a mondott eredmények és kilátások alapján kevés kilátást és eredményt, de kétségbeesett esetekben legalább reményt nyújtanak. Az esetek egy részében ez is nagyon fontos.

Sterilitás miatt végzett műtétek felsorolása és százalékos összegük:

1930-tól 1939-ig sterilitás miatt az I. sz. női klinikán összesen 54 műtetet végeztünk:

Curettage	22	= 40.7%
Ventrofixatio (sec. <i>Dolérus</i>)	8	= 14.8 „
Implantatio (<i>Estes</i>)	2	= 3.9 „
Cystektomia	1	= 1.9 „
Adhesiolysis	3	= 5.7 „
Resectio tubae (egyoldali)	4	= 7.4 „
Salpingektomia	4	= 7.4 „
Csak perforatio történt 9 év alatt	104	
Csak salpingographia	56	
Retrograd perflatio	1	= 1.9 „

A mondotakból érthető tehát, hogy a meddőség elleni operációk a lehető legnagyobb ritkaság számba mennek és, hogy az újabb megismerések alapján talán sok esetben más indoklás szerint, de a meddőség kezelésében a balneologiai legalább olyan szerepet játszik, mint eddig. Ennek körébe tartozik minden olyan meddőség, melyet gyulladás okoz és a hormonkezeléssel együtt ezzel gyógyítjuk azokat az eseteket, melyekben a fejlődésben történt visszamaradás a meddőség oka.

Az idetartozó fürdőgyógyítás tárgyát képező betegségek második csoportja a női nemzetség szervek gyulladásos betegségei a fürdőgyógyomódnak, helyesebben a női fürdőgyógyításnak már régtől kezdve legnagyobb körét képezték. Ez érthető, ha elgondoljuk, hogy a női betegségek miatt orvoshoz forduló betegek kb. 30%-a gyulladásos panaszok miatt szenved. (*Heynemann*, *Hörrman*, stb.)

A gyulladásos betegségeknek legnagyobb része terhesség megszakítását célzó beavatkozásokból, gyermekágyas betegségekből, streptococcus és gonococcus okozta fertőzésekből ered. E két főcsoporttal szemben kisebb számban szerepelnek a szervezet más részéből a véráram útján odajutott fertőzések (appendicitis, tbc.-s fertőzésből eredő adnexgyulladások, stb.)

Bármilyen eredetű legyen is azonban a méhfüggelék gyulladás, a heveny, vagy félheveny stadiumban közismerten nem képezi műtéti beavatkozás tárgyát. Elvértve hallunk csak róla, hogy fiatal, a kérdés irodalmát nem ismerő sebészek, különösen a külföldön működő ú. n. gynaekolog-chirurgusok közül többen szokták újból és újból a még meg nem nyugodott méhfüggelék gyulladás gyógyítását sebészi úton megkísérelni. E próbálkozásokat azonban a nagy halálozási és megbetegedési százalék miatt rövid idő múlva mindig abbahagyják.

Visszont idült állapotban lévő adnexgyulladás műtétjének tudvalévően az a nagy hátránya, mint azt a szakemberek jól tudják, hogy ha a műtét nem gyökeres, vagyis ha nem teljes kiirtást végzünk, akkor a műtét panaszok egészben, vagy részben a műtét után is tartanak, mert az infectio okozta betegség a bentmaradt szervrészekben folytatódik és újul ki. Gyökeres kiirtást

pedig, főleg fiatal egyénekről lévén szó, lehetőleg nem végzünk. Ehhez egyéb okokon kívül hozzájárul az a körülmény is, hogy ma az ovariumok kiirtását és az ebből eredő kellemetlenségeket fiatal egyénekben sokkal nagyobb jelentőségűnek tartjuk, mint azelőtt.

Mindebből következik, hogy a különböző szakemberek más-más szakintézetben ugyan, más, de mindig csak nagyon szigorú javalat alapján végeznek gyulladásos betegségek miatt műtétet.

Csaknem minden szakember megegyezik abban, hogy a műtét indicatio csak akkor actualis, ha legalább is sok hónapon át végzett conservatív kezelés eredménytelen maradt. Részemről ezenkívül lehetőleg akkor szoktam magam nyugodt lélekkel műtetre szánni, ha évek múlva, hosszabb jólét után ismételt kiújulás volt észlelhető.

Ha áttekintjük az utóbbi években adnex-folyamatok miatt végzett műtét eseteink kimutatását, az élenken illusztrálja, hogy milyen esetekben végzünk mi méhfüggelékgyulladás miatt műtétet.

1929—1938 években az ambulans betegek száma 39.908 volt.

Ezek közül gyulladásos volt	11.596 (29.00%)
Ugyane 10 év alatt a klinikán fekvő nőgyógyászati betegek száma	7.720
Ezek közül méhfüggelékgyulladása volt	658 (8.50 „)
Conservative kezeltünk	454 (68.90 „)
Műtét úton	204 (31.10 „)
Conservative kezelt betegeink közül meghalt	5 (1.10 „)
Az operált betegek közül meghalt	4 (1.93 „)
A műtét területet draineztük	41 -szer

Látjuk tehát, hogy a klinika ambulantiáján jelentkező betegek 29%-án fordult elő gyulladásos betegség. Hogy a gyulladásos elváltozásokat lehetőleg conservative szoktuk kezelni, mi sem igazolja jobban, hogy a felvételre került betegeknek viszont csak 8.5%-át vettük fel méhfüggelékgyulladás miatt. De még ezek közül is 68.9%-ot kezeltünk conservative és csak 31.1%-on tartottuk a műtét kezelést indokoltnak.

A végzett műtétek:

Egyoldali adnexotomia	33
Kétoldali salpingektomia (egy ov. conserv.)	21
Supravaginalis amputatio	94
Abdominalis tot. exstirpatio	6
Vaginalis tot. exstirpatio	12
Ventrofixatio	3
Laparotomia és tumor-kimetszés	2
Explorativ laparotomia	2
Onkotomia p. lap.	3
Onkotomia p. lap. + kolpotomia	1
Kolpotomia	22
Punctióval kiürítés	5
Összesen:	204

Fenti táblázatból látjuk, hogy az esetek aránylag túlnyomó részében kellett nagy, mondhatnók radicalis beavatkozást végezni, (abdominalis tot. exstirpatio 6, supravaginalis amp. 94, vaginalis exstirpatio 12, kétoldali salpingektomia, egy ov. conserválásával 21.) E nagyobb beavatkozásokra, mint közismert a gyulladásos panaszok megismétlődésének megelőzése miatt volt szükség.

Anyagunk is élenken bizonyítja, hogy tulajdonképpen csak a hónapokon, illetve éveken át minden conservatív kezeléssel ellenkező esetek kerülnek műtetre. A műtétek pedig a legtöbbször fennálló, régi genyvedések, összenövések, áttörések miatt, olyanok, melyek nagy technikai készséget igényelnek és egyáltalán nem tartoznak a mutatós, könnyű, avagy kis beavatkozást képező hálás műtétek közé.

A gyulladásos betegségek e második csoportjába a méhküti izzadmányok tartoznak. Ezek közül csak a tályogot alkotók képezik műtét tárgyát, különben csak a conservatív kezelés és ezek legfőbb tényezői a thermalis gyógyítás különböző módjainak alkalmazása jön szóba kezelésük alkalmával. Itt pedig — és ilyen az esetek nagyobb csoportja —, a fürdőgyógyítás teljes eredménnyel szokott járni.

A mondotakból következik tehát, hogy a női betegségek közül az a csoport, mely a fürdőgyógyításnak eddig és régebben is a legnagyobb contingensét szolgáltatja, ma is csak kivételesen és akkor is csak eredménytelen physikalís és fürdőkezelés után képezi műtét tárgyát. A betegségeknek ez a csoportja legalább oly mértékben tartozik ma is a thermalis és conservatív therapia hatáskörébe, mint azelőtt.

A harmadik csoportja azoknak a betegségeknek, melyek fürdőgyógyítás tárgyát leginkább képezik, — a változás korával járó tünetek. Bár ezek ellen a jelenségek ellen a hormongyógyítás eszközeivel sokszor eredményesen tudunk küzdeni, ezek az eredmények egyedül sokszor nem elegendők, nem is szólva arról, hogy hogy sokszor a hormonkezelés előírása nem is egyszerű. Így természetes, hogy ezek mellett a készítmények mellett és diatetikus előírásokon kívül, mind a radioactiv fürdők, oxygen-fürdők, mind a szénsavas fürdők és a fürdőgyógyításnak ilyenkor használatos és bevált alkalmazása ma épp úgy helyén van, mint azelőtt.

A radioactiv fürdőknek a peripheriás érrendszert tágító, vérnyomást csökkentő, görcsoldó hatására a többi közt a Rudas-fürdő juvenis forrásai és a Szent Gellért-fürdő radiumos forrásai kiválóan használhatók. A szénsavas fürdők közül pedig tudvalevően a balatonfüredi és margitszigeti fürdők állanak hazánkban rendelkezésre.

A fürdőgyógyításnak az alkalmazása e három, a női betegek tetemes számát magában foglaló főcsoporton kívül, természetesen más női betegségekben is szóba jön. Így műtetre nem kerülő, műtétet nem igénylő nyomásos betegek fürdőkezelése, régi tapasztalat alapján hónapokig tartó javulást szokott előidézni. Itt természetesen nem gondolunk arra, hogy a myoma visszafejlődik, vagy megállapodik, hanem, hogy a myoma mellett fennálló gyulladásos folyamatok és a beteg idegállapota, vérszegénysége, legalább átmenetileg, javul. Ahol pedig műtét kezelése válik szükségessé, a fürdők, bár, természetesen nem teszik azt feleslegessé, a betegek erőbeli állapotát lényegesen megjavítják és így őket tulajdonképpen az esetek egy részében a műtetre előkészítik.

Természetesen nemcsak az ilyen másodlagos vérszegénység, hanem egyéb kezelés mellett és azok kiegészítéseképpen pl. fiatal lányok vérszegénysége és a sápkór gyógyításában ma is szerepet játszik a különböző vasas (arzenes) fürdők, (Parád) alkalmazása.

Az itt nagyjából és inkább vázlatosan mondtak is eléggé bizonyítják, hogy a fürdőgyógyítás tárgyát képező elváltozások nagy részét ma még kevésbé operáljuk és még inkább kezeljük conservatív módon, mint azelőtt. Tehát a műtét gyógyítás szempontjából nem lehet szó arról, hogy a fürdőgyógyítás a nőgyógyászatban tért veszített volna. Felmerül azonban a kérdés, hogy a fürdőkezelés, amely főképpen hőkezelés, nem veszített-e actualis fontosságából más hőkezelésekkel szemben? Azt hiszem erre a kérdésre is nyugodtan felelhetjük azt, hogy *nem*. A ma divatos ingertherapiával szemben sem szorulhat háttérbe a fürdőkezelés, mely részben szintén mint ingergyógyítás fogható fel. A fürdőgyógymód azonban nemcsak ingertherapia. Az

általuk elért, sokszor meglepő eredmények magyarázatát adják a fürdőhelyen tartózkodásnak, egyéb, régén ismert tényezői. Nevezetesen hatása az idegrendszerre, a mindennapi teendőből kikapcsolódás és különösen a vegetatív idegrendszerre történő hatás teszik érthetővé a jó eredményeket.

Hogy ma a conservatív therapiának azt a részét, melyet a physikalís és hydrotherapia néven ismerünk, mennyire fontosnak tartják, mutatja az is, hogy a legtöbb modern külföldi női klinikának nemcsak több, a legmodernebb követelményeknek megfelelő műtője, hanem a conservatív therapiával foglalkozó osztály mellett külön physiko- és hydrotherapiás osztályt is igyekeznek létesíteni. Ez természetesen még nem balneotherapia. Magyarországon az utóbbi évtizedekben nagyon messze vagyunk attól, hogy a klinikák felszerelésével kapcsolatban ilyen törekvésre gondoljunk. Mutatja azonban, hogy a célt fontosnak tartjuk és meg volt bennünk az a törekvés is, hogy már évek óta igyekeztünk egyik-másik budapesti fürdővel collaborálni és ambulantiánk rászoruló beteganyagát fürdőgyógyomódban részesíteni. Ezért már évek óta a vezetésem alatt álló I. sz. női klinika és az Erzsébet sósfürdő között bizonyos együttműködés alakult ki. Nevezetesen az Erzsébet sósfürdő főorvosa *gyéresi Szász Sándor* a klinika ambulanciájának sósfürdőt igénylő szegény betegek részére bizonyos számú ingyenjegyet bocsát rendelkezésre s viszont a sósfürdő olyan betegeit, kinek intézeti kezelés vált szükségessé felvettük a klinikára.

Ezirányban utóbb már nagyobb jelentőségű haladás történt. Nevezetesen a Budapesti Fürdőügyi Bizottságnak megalakult a Kutató Intézete, melynek a vezetését *Belák* professor vállalta. Ennek az intézetnek már eddig is számottevő eredményes működése van. Többek között az is, hogy a különböző fürdőknek és különböző klinikáknak együttműködését — bár még most kezdetben szűk keretek közt — biztosítja.

Mindez nagyon érthető, mert a fürdőgyógyítás eredményeit nem újabb kilátások vetették felszínre, nem az utóbbi évek és évtizedek felismerése, hanem évszázadokra néznek vissza a különböző fürdőhelyeken szerzett tapasztalatok. A fürdőgyógyításban hosszú, nagyon hosszú idővel előzte meg a klinikai tapasztalás, a jó eredmények látása, azok okának megismerését. És semmi olyan adata az új tudományos vizsgálatoknak nincsen, mely a fürdőgyógyítás régi jelentőségét csökkentené, vagy azt feleslegessé tenné. Az előadásom címében feladott kérdésre tehát csak azt felelhetem, hogy a nőgyógyászati fürdőgyógyítás javalata és szerepe minden tekintetben legalább is oly mértékben áll fenn, mint régén. Ha pedig annak okát keressük, hogy ennek ellenére, miért gondolják ma sokan az ellenkezőjét, úgy azt vélem, hogy az egyik ok a gazdasági helyzet, a másik az évek óta megnyugodni nem akaró bel- és külpolitika, mely a fürdők látogatásához szükséges gondtalanabb életlehetőségek kialakulását akadályozzák. De szerepet játszik a fürdőgyógyomók alkalmazásának ellanyjulása szempontjából az is, hogy míg a műtétek kialakulásairól, a hormonkezelés eredményeiről és a különböző intern-gyógyítás eredményeiről a szakemberek, intézetek, részint a vegyészeti gyárak is szünet nélkül közölnek cikkeket és ismertetik tapasztalataikat, addig a fürdőorvosok nem nagy irodalmi és tudományos működést fejtenek ki.

Hogy ez megváltozzék és az e téren elterjedt, semmivel sem indokolt téves nézetek megszűnjenek, ehhez akart e vázlatos előadás hozzájárulni, ezt a törekvést akarta alátámasztani.

'Thermalis fürdőkúrák tartamáról. A fürdőfáradtságról.

Írta: *Benczúr Gyula dr.* egyet. rk. tanár.

Meleg fürdőket, hőkezeléseket a tapasztalat által megállapított jó és gyógyító hatásuk miatt évszázadok óta használunk. De csak rövid idő óta foglalkozunk tudományosan azokkal a kérdésekkel, milyen biológiai hatásokat fejtenek ki ezek a fürdők mind hőfokuk folytán, mind a vízben esetleg oldott anyagok által és mi a gyógyító hatásuk lényege.

Egyik fontos kérdés, mellyel még a gyakorlati balneologia is aránylag keveset foglalkozott, vajjon hány fürdőből, illetőleg más hőkezelésből álljon egy-egy thermalis kúra, hány hétre terjesszük azt, ha külső körülmények nem szabnak neki határt. Többnyire 4—5 hétig folytatunk intenzívebb hőkezelést, de a balneológiai irodalomban alig olvasunk arra vonatkozó megfigyelésekről, vagy éppenséggel tudományos megállapításokról, vajjon ez a tartam valóban egy thermalis kúra optimális tartama. A kérdés eldöntése pedig jelentős, mert nemcsak a betegnek, hanem a fürdőhelynek, fürdő orvosának is érdeke, hogy a fürdőkúrákat minden tekintetben a legmegfelelőbbben végeztessük. — Minden gyógyfürdő hírnevét az ott elért eredmények döntik el. A legtöbb idült-bajos gyógyvendég szívesen tér vissza oly fürdőhelyre, hol kúrája hatásos volt és hol minden tekintetben optimális gyógykezelésben részesült.

Sok oly physikotherapiás-, balneo- és klimatológiai gyógyomódot ismerünk, melynek tartamát nem szabjuk meg, sőt azt mondhatnók, minél hosszabban tartatnak, annál jobb. Ez üdítő, kimélő, nyugtató, pihentető gyógyomódokra vonatkozik, pl. kimélő éghajlatban tartózkodásra, nyugtató, langyos fürdők használatára, enyhébb hatású hydrotherapiás kezelések használatára, stb. Ezek mind oly eljárások, melyekben a beteget részben megfelelőbb milieuba hozzuk és ezáltal hatunk rá, vagy másképp nyugtatjuk, de anélkül, hogy kimondottan ingeret gyakorolnánk szervezetére. Ezekkel szemben minden oly physikai, balneo-, vagy éghajlati therapiának, mely elsősorban, vagy akár csak részben is ingertherapiának fogandó fel, a szervezet előbb-utóbb maga szab határt. Nekünk orvosoknak dolgunk, sőt kötelességünk, hogy megfigyeljük, ellessük a természettől, mely tünetekkel jelzi a szervezet hogy elég a kúrásból, mert a további folytatása többet árthat, mint használ. Ez lényegében minden gyógyszeres (fehérje-, kénes injekciók, stb.) és minden erőteljesebb physikai-therapiás ingergyógyomódra vonatkozik és vonatkozik a thermalis fürdő-, peloid- és egyéb hőkezelésekre is, hiszen ezek — ámbár csak részben — szintén ingertherapiának fogandók fel. Volt idő, midőn egyes túlzó elméleti balneologus a meleg fürdő-, iszap-lápkézeléseket egyszerűen az akkor oly divatos ingertherapiák közé sorolta. A valóság azonban az, hogy meleg fürdők, főképp értékes oldott anyagokat (kénhydrogent, rad. emanatiót, konyhasót, jódot, stb.) is tartalmazó thermák többféle hatással vannak a szervezetre, mely hatások között a meleg mint erős bőringer előkelő szerepet tölt be. Úgy vélem, hogy ha egy meleg fürdőkúrát vagy gyógyföldes kúrát rendelünk valamely idült lobos bántalom, izületi baj, zsábás bántalom, vagy myalgia, stb. ellen, a meleg víz, vagy gyógyföld egyrészt helyi hatással is van a beteg testrésze (mechanikai inger, localis értágulat, felszívó hatás stb.), de elsősorban azok az általános biológiai hatások bírnak fontossággal, melyeket a hőinger, a bőr útján az egész szervezetre gyakorol.

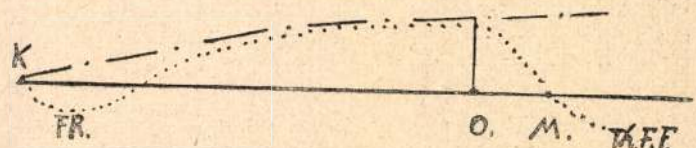
Valószínű, hogy a hőinger a beteg testrészen, mint „locus minoris resistentiae”-n különösen erős reakciókat vált ki, melyek a localis befolyásokkal együttesen fejtenek ki bizonyos erőteljesebb gyógyhatásokat. A természet ama törekvésénél fogva, hogy a betegtestrészt gyógyítsa, functióit normalisálja a külső inger a beteg testrészen nagyobb revolutiót kelt, mint az egészséges szervekben, melyek szövettanilag és a functiókat illetőleg normalisak. A thermalis fürdők és más hőkezelések, mint ingerek a vegetatív idegrendszer működését befolyásolják és a reakciók melyeket a testben kiváltanak az egyes egyéneknek némiképp különböznek az illetők általános erőállapota, kora, főképp constitutiója szerint. De lényeges, — és a jelen fejtegetésekben erre fektetjük a főszólyt —, hogy a szervezet reagálása a hőkezelésre a thermalis kúra folyamán egy- és ugyanazon személyen is változik, mely változás foka, ideje, stb. ismét a kezelt egyén reflexképessége, constitutiója szerint kissé más-más.

Minden thermalis fürdőkúrát végző orvos ismeri a „balneologiai reakciót”. Ezen reactio rendszeren a thermalis kúra első napjaiban jelentkezik. Tünetei általános kedvetlenség, bágyadság, rossz étvágy, esetleg hőemelkedés, de főképp azon baj (arthritis, neuralgia, csonttörés, stb.) localis tüneteinek múltó rosszabbodása (pir, duzzadás, fokozott fájdalom, stb.), mely ellen a hőgyógymódot használtatjuk. A balneologiai reakciót közismerten előnyös tünetnek szoktuk tekinteni, mert jelzi, hogy az illető a kúrára reagál és így ez sikert ígérő. Typusosan lefolyó thermalis kúra esetében a balneologiai reactio napok alatt múlik, a beteg szívesen folytatja kúráját mindaddig, míg szervezete újból másképp reagál. Beáll a „kurafáradtság”, közelebbi kifejezéssel, „thermális fürdőfáradtság”, mely elnevezést a balneologiai irodalomba bevezetni és rögzíteni szeretnék. Közel kétévtizedes fürdőorvosi tapasztalataim szerint a fürdőfáradtság akkor áll be, ha a thermalis kezelést használó személy hosszabb ideig, — esetleg túlkezés szünnapot iktatva a fürdőnapok közé —, használ hőkúrát, mint amennyi az ő constitutiójának, erőállapotának megfelel. A fürdőfáradtság néha fokozatosan, több nap alatt következik be, de néha hirtelen, egy nap alatt lepi meg a kúrázót. Typusos tünetei: általános bágyadság, depressio, mégis idegingerlékenység, rossz étvágy, rossz alvás, főfájás, szédülés. A beteg a fürdőfáradtság beálltát félig öntudatlanul is a thermalis kezelésekkal hozza összefüggésbe és hirtelen ellenszenvet érez a hőkezelésekkel szemben. Ez az ellenszenv közel undorig fokozódhatik, úgy hogy a beteg még orvosi tanács ellenére sem volna hajlandó a hőkezelést, melegfürdőt, peloidkezelést folytatni. A fürdőfáradtság imperative kényszerít bennünket, hogy a kúrát félbeszakítsuk és legkorábban hetek múlva, de helyesebben csak hónapok múlva, folytassuk, midőn a beteg többnyire szívesen ismétli a kellő ideig tartó hőkúrát. Hogy a thermalis fürdőfáradtság e jellegzetes képe többször észlelhető, azt amióta ez észletemet közöltem, szóbelileg már több, thermálfürdőhelyen működő orvoskolléga igazolta. Külső körülmények (kellő beteganyag hiánya, munkaterem előttem ismeretlen okú elvétele) megakadályoztak abban, hogy a fürdőfáradtsággal járó részletesebb biológiai reakciókat (vérkép, vörösvérsejt súlylédési sebessége, vérnyomás, reflexek viselkedését, stb.) közelebbről megvizsgáljam, amit megfelelő beteganyaggal rendelkező orvoskollégának ajánlok. Magam csak a klinikai kép észlelésére szorítkozhattam.

A balneologiai reactio, mint már jeleztem, sokban hasonlít a fürdőfáradtság képéhez. Amíg azonban ezen, rendszeren gyorsabban múltó reakciónál a helyi tünetek:

bágyadság, rossz közérzet, inkább csak kísérő tünet, addig a makacsabb fürdőfáradtságnál az általános közérzet, nagy fáradtság a szembetűnőbb, a helyi tünetek rosszabbodását csak olykor panaszolja a beteg, többször nem is említi. A balneologiai reakcióval a külföldi irodalom több ízben foglalkozott és aránylag sokat említik és kutatták magyar szerzők is. Weiss Ede (Pöstyén) már 25—30 éve megemlékezett az ott kezelt arthritis chronicus betegeken fellépő fürdőreactiókról. Úgy magyarázta, hogy a hőkezelés elején az ízületi izzadási nyok felszívódásakor toxinok kerülnek a vérbe, melyek e reakciót okoznák. Ebecke, Lewis és más német kutató a balneologiai reakciót részben a bőrben fényingerekre és hőingerekre activálódó histaminszerű, H-anyagokra vezetik vissza. Török Lajos és tanítványai, Lehner, Rajka, majd Rajka és Schulhof Ödön szép tanulmányokban kimutatták, hogy az ibolyántúli sugarakkal történő ingerkezelések alkalmával, szintúgy más physikai-, nevezetesen hőingerekre gyulladást okozó és gyulladást csökkentő szövetanyagok termelődnek a bőrben, melyeket a vérben ki lehet mutatni. Eleinte a gyulladást fokozó anyagok, később a csökkentő szövetanyagok jutnak túlsúlyba, majd bizonyos idő múlva egyik anyag sem termelődik, míg a szervezet az ingerkezeléstől kellőképpen ki nem pihent. Ime tudományos észlelet, mely igazolja, hogy a szervezet biológiai reagálása az ingerkezelés alatt a reakcióképesség frissessége, vagy fáradtsága szerint igen különböző. Schulhof Ödön Hévízen kezelt és vizsgált 120 betege 85%-án a thermalis kúra első 5—12. napján enyhe leukocytosis állott be, s a vérkép az Arneith—Schilling szerinti balratolódást mutatta. Hasonló észlelésekről számol be Gáspárdy császárfürdői thermalis kúrák eseteiben, Rausch Zoltán különböző iszapkezelések alkalmával. A kúra első két hetében múltó fehérvérsejtszaporodást, refractió-, vérnyomás-, pulusszámváltozásokat találtak. Tudtommal a thermalis fürdők hatásaira vonatkozó érdekes biológiai vizsgálatok folynak ezidőszert a Budapesti Gyógyfürdők Kutató Intézetében is Belák prof. vezetése alatt.

A jelzett és hasonló észleletek főképp a fürdőreactio idejére és utána következő időre vonatkoznak. Tudtommal a fürdőfáradtság idejében, (mely fogalom eddig kevésbé ismert volt) még nem vizsgálták a vérkép, vérnyomás és reflexek viselkedését. Hogy thermális kezelési mily erősen befolyásolja szervezetet arra azon eseteket is fölhozom, midőn egy thermalis fürdő-, vagy gyógyföldes kúra, régi, talán már el is felejtett betegségeket activál, régi periappendicularis, vagy más peritonealis fájdalmak megújulnak, régen elhalt csontdarabkák, vagy régmúlt operatio után visszamaradt fonalak löketnek ki a kúra hatása folytán a szervezetből.



Thermalis fürdősorozat hatása.

— — — — — Helyi hatás. Általános reagálás.
K. = kezdet; FR. = Fürdőreactio; ThFF. = Thermalis fürdőfáradtság; O. = Optimum; M. = maximum.

Typusos thermalis kúra esetében a balneologiai reactio és a fürdőfáradtság között 2—3 hetes oly időszak telik el, mely alatt a beteg heti 1—2 pihenőnap beiktatása mellett fürdik, iszapol, mely idő alatt a közérzet jó, a baj javul, a beteg jól érzi magát, örül a fürdőzésnek. A szervezet reagálását egy thermalis kúrára graphikusan oly görbével jellezném, melynek az

időt jelző vízszintes alatti első félhulláma mint negatív phasis a balneológiai reakciót ábrázolja. Ezt követi a jó érzéssel járó hosszabb pozitív phasis (felső hullámvonal), mely azután fokozatosan, de többnyire hirtelenebbül újabb, negatív phasisba, a fürdőfáradtságnak megfelelő állapotba megy át.

De e vonal csak a thermalis fürdő ingerkezelés gyanánt való általános hatását jelzi. A beteg testrészeire ható, részben mechanikus, részben helyi-hőinger még külön vonal által jelezhető. A beteg testrészeire gyakorolt hatás végeredményben localis hatás és általános (inger okozta) hatás helyben befolyása, resultansa. Előfordulhat, sőt gyakran fordul elő, hogy a localis baj (beteg ízület, csonttörés, stb.) megkívánná a thermalis kezelés folytatását, de a szervezet általános reakciója a kúra befejezését, avagy hosszabb szünetelését parancsolja. — Kellő szünet után a szervezet reakciója valószínűleg újból hasonló képet nyújt, mint az előző kúra alkalmával. A localis reactio azonban erősen különbözhet az első thermalis kúrára való reagálástól, mert, feltéve, hogy a baj javuló tendenciájú, javult állapotú testrésze vonatkozik.

A kúrafáradtság beálltakor a thermalis kezelést be kell szüntetni. Ezért a kúrafáradtság bekövetkezése a kezelés időbeli maximumát jelzi. Optimalis tartamúnak azonban azt a kúrát tartom, melyet még a fáradtság beállta előtt, a jó közérzet, a pozitív hullám idejében fejeztünk be.

Évszázados szokás, hogy thermalis kúrát, gyógyföldkezelést 3—5, átlag 4 hétig tartanak. Van beteg, aki ma is vakon bíz a 21 fürdő áldásos hatásában, mely babonaszerű hit valószínűleg a három hetes, szünnap nélküli kúrahasználat szokásán alapul. Fürdőfáradtságot kivételesen már a második héten is láttam fellépni, de rendszeren csak az ötödik héten áll be; oly beteg, aki hetenként 2—3 szünnapot tart, csak a 6—8 héten. Hogy a thermalis fürdőkúrát átlag 4 hétig tartották, már régen szokásos volt mielőtt thermalis kezelésekre bekövetkező biológiai hatásokról, fürdőreakcióról, fürdőfáradtságról tudtak. Azt hiszem, hogy a thermalis kúrák tudományos tanulmányozásánál azt fogjuk találni, hogy az emberiség helyes gyakorlati érzékkel járt el és helyes tapasztalatot követett, midőn a thermalis kúrák tartamát 3—5 hétben, átlag 4 hétben állapította meg.

A myalgiaék elkülönítő kórisméje és terapiája.

Írta: *bilkei Pap Lajos dr.* egyetemi magántanár.

Nincs messze még az az idő, amikor nemcsak a laikus, hanem az orvos is minden fájdalmasságot, mely a mozgásszerveken támadt és egyéb különleges tünettel nem járó rheumának nevezett. A rheumadiagnoszt a beteg hozta már készen az orvoshoz és az orvos feladata leginkább abból állt, hogy a beteg megvizsgálása után egyéb tünetek híján megnyugodott abban, hogy a betegnek tényleges „rheumája” van és elrendelte a szokásos gyógyszereket, általános, vagy helyi fizikális kezeléseket, melyekben a főszerep a meleggel való kezeléseknak jutott.

A modern rheumatologia nagy munkát végzett a rheumásnak nevezett fájdalmas állapotok egyenként történő vizsgálatával. Ennek az évtizedes analitikai munkának eredményeképpen kifejeződtek egymásután a különböző kórképek, az ízületeknek, izmoknak, inhuvelyeknek, környéki idegeknek, a bőr alatti kötőszövetnek és magának a bőrnek betegségei, amelyek-

nek közös, jellemző tünete a fájdalom. A rheumás betegségek elnevezés alatt megérték egymás mellett a gyulladásos és degeneratív folyamatok és egy egész sorozata a fájdalmas állapotoknak, ahol a folyamat kórbonctani érzékelése mindezekig nem sikerült. Ilyen folyamat a myalgia, a peripheriás izmoknak ez a sajátos fájdalmassága, amelyet annyiszor észlelünk, amelyet egyike a legáltalánosabb és leggyakoribb megbetegedéseknek, amelyet mégis olyan nehéz leírni, mert a diagnózis biztosítása inkább negativumok útján történik. A positivum jóformán kimerül a betegség elnevezésében, mert a myalgia izomfájdalmat jelent. Ha nagyon kritikusak és óvatosak vagyunk a tünetek leírásánál, akkor még azt mondhatjuk, hogy ennél a betegségnél egy bizonyos izom, illetve a functio szempontjából összetartozó izomcsoport mozgás közben, továbbá tapintásra, nyomásra fájdalmas. Ez a fájdalmasság nem rohamokban jelentkezik, nem időszakos, hanem az igénybevételtől függően inkább állandó jellegű. Bármilyen régóta áll fenn egy ilyen myalgia, az izom ereje nem csökken, az izom állománya nem változik, az izomban sorvadás jelei nem észlelhetők. Ugyancsak nem találunk a fájdalmas izom táján paresthesiákat, vagy gyulladásra valló tüneteket.

A myalgiaától élesen elkülönítendő a myositis, az izomnak gyulladásos folyamata, amelyet septikus megbetegedések esetén is gyakran észlelhetünk, amikor a „myotrop” csirok az izomban okoznak metastasisokat. Csak éppen névleg említjük itt meg a dermatomyositist, ezt a magas lázzal, lépduzzadással és nephritissel járó megbetegedést, ahol az izmok egész serege duzzad meg és az izom fölött a bőr kemény és oedemássá válik. Emlékeztetünk itt a *Lasegue* által leírt izomgyulladásra, amely tulajdonképpen ízületi megbetegedés és az izomelváltozások csak másodlagosak és nem annyira myositisekről, mint izomcontracturákról van szó. Aránylag gyakoriak azok az izomgyulladások és inhuvelygyulladások, amelyek a polyarthrit is rheumatica acuta megjelenési formájához hasonlóan támadnak. Ez a specifikus fertőzéses izomgyulladás lázzal jár, a véresejtüllyedés magas és a diagnoszt a klinikai képen kívül még talán legjobban a salicyl-kezelés hatásossága biztosítja. Ez a myositis sok tekintetben azonos az angolok fibrositisnek mondott kórképével, bár az angol nyelvű szerzők ezzel a diagnossal annyira nem fukarkodnak, hogy az idült izomfájdások legnagyobb részét az angol gyakorló orvos fibrositisnek mondja. A myositis ossificans aránylag ritka kórkép, de mégis kiemlendő, már csak azért is, hogy bennünket a röntgendiagnostika fontosságára még a legártatlanabbnak látszó izomfájdalmaknál is figyelmeztessen. Ez a betegség, amelyben sokszor a foglalkozásnak (fegyvergyakorlatok, lovaglás) döntő szerep jut, ami természetesen a therapia szempontjából is elsőrendű fontossággal bír. Megemlítem itt, hogy némely esetben jódnak injectio és egyéb helyi kezelések formájában történő alkalmazása ennél a ritka megbetegedésnél igen hasznosnak bizonyult.

Úgy, ahogy a gyulladásos izomelváltozások nem tartoznak a myalgias megbetegedések közé, elkülönítendőktől a kórképtől a myopathiák, az izom állományának degeneratív elváltozásai, ugyancsak nem myalgiaék az ízületi gyulladásokat kísérő nagyfokú izomsorvadások, amelyek ugyan rendszerint fájdalmat sem okoznak. Ki kell venni a myalgias betegségek csoportjából azokat az ismert reflektorikus úton létrejövő „défense”-szerű izomfájdalmasságokat, amikor az izmok belső szervek megbetegedése kapcsán sokszor tá-

voli szervek védelmében a peripherián összehúzódnak, megkeményednek és fájdalmassá válnak. Itt azonban igazat kell adnunk *Schober*-nak és *Benczur*-nak, hogy az izmokban nemcsak távoli belsőszervek megbetegedése következtében érvényesülhetnek védekező reflexek, hanem a myalgia egy része olyan reflexmyalgia, amely az izom közelében lévő ízületi folyamatoknak védelmében támadnak.

Ismeretes tehát egy jellegzetes izomfájdalmasság, a myalgia, amelynek klinikai képe tisztázott, amelytől elkülöníthetők a különböző gyulladásos, elfajulásos és reflektorikus úton támadt izommegbetegedések, amelyek diagnózisához éppen úgy jutunk, hogy alapos klinikai és laboratóriumi vizsgálatok útján kizárjuk a számbajozható izommegbetegedéseket, amelyekről fentebb megemlékeztünk. Az izom fájdalmassága nyomásra, mozgásra a myalgia legjellegzetesebb tünete. *Lange* most megjelent könyvében igyekszik meggyőzni arról, hogy a myalgia diagnózisához újabb a pozitív tapintási lelet is hozzátartozik. Szerinte az orvos nincs már tisztán a beteg subjectív panaszaira utalva, hanem módjában van megfelelő gyakorlat útján a myalgia fel-tétlenül jellegzetes elváltozásokat kezeivel, tapintószerveivel megállapítani. Evvel a megállapítással szemben *Lindstedt* a fő képviselője annak az irányzatnak, mely szerint bármennyire kifejezettek az izomfájdalmak, a valódi myalgianál helyi objectív lelet nincs. Véleményem szerint amíg ebben a kérdésben vita lehetséges, amíg ez a két felfogás egymással szemben áll, hogy van-e érzékelhető klinikai elváltozás a myalgianál, amíg ezt a mindennapi banális izomfájdalmasságot az orvostudomány 15–20 theoriával igyekszik magyarázni, az csak azt jelentheti, hogy olyan finom izomszerkezeti, functiós, vagy vegyi elváltozással állunk szemközt, amelyet alapján nem ismerünk. Ez az a betegség, amely klinikai és kórházi észlelésre nem kerül, amelynek kórbonctani lelete márcsak a baj ártatlan természeténél fogva sem ismeretes, a betegség experimentalis úton elő nem idézhető. Ezért olyan tanácstalan a gyakorló orvos, ha az életben egyszer csak a fájdalmas, de anatómiailag meg nem fogható kórképek kaleidoszkójával kerül szembe. Még leginkább a fürdőorvos az, aki a myalgiaikat nagy számban észleli és ezért ezen betegség felderítésére, elkülönítő kórisméjének kidolgozására és terapiájának levezetésére elsősorban a modern fürdőorvos hivatott.

Ismeretes a myalgianak heveny és idült formája. A heveny myalgia főként a törzsön támad, elsősorban a nyakon és a derékban (*torticollis*, *lumbago*). Régebben az a felfogás tartotta magát, hogy ezeket az izmokat a hideg jobban éri, a másik felfogás szerint ezen izmok gyakoribb megbetegedése functiójukkal hozható összefüggésbe, amennyiben ezen izmok a nyaknak, fejnek és gerincnek kiemelését, tartását végzik. Igen fontos feleletet ad ezen izmok különállására vonatkozólag a modern izomphysiologia, amely feltárja előttünk a tartó- és mozgató izomzat közötti különbségeket, amely főként a sarcoplasma tartalmában, oxygéntartalmában, cholin-tartalmában, a beidegződésben és vérkeringési különbségekben nyilvánul (*Wacholder*, *Hess*, *Ken Kure*).

A heveny myalgia differentialdiagnosisa, mint ahogy általában a myalgia differentialdiagnosisa igen könnyű, ha nem elégszünk meg a beteg panaszainak meghallgatásával, hanem alapos klinikai vizsgálatot végzünk, amelyet a heveny tünetek állandósulása esetén a számbajozható laboratóriumi vizsgálatokkal kiegészítünk. A *torticollis*nál és az igen gyakori *trapesius* myalgiaknál *spondylitisre*, *spondylarthritisre*, *osteomyelitisre*, esetleg nyaki nyirokmirigygyulladásokra kel-

lene gondolnunk. Ezek azonban olyan kirívó esetek, hogy el nem téveszthetők. A heveny *lumbago* a törzsfordító, a gerincet tartó ágyéki izomzat igen gyakori megbetegedése. Itt az elkülönítés a kezdődő *ischias*tól igen nehéz, mikor a heveny *lumbago*val *skoliosis* is jár. A neuritises tünetek, reflex-elváltozások természetesen eldöntik a kérdést, ugyanúgy a betegség lefolyása is, de kezdetben elkülönítésül talán legjobban a *Bragard*-tünet szolgál. A *sacrolumbalis* és a *sacroiliacalis* ízületi gyulladás szintén a heveny ágyéki myalgiahoz hasonlóan jelentkezhet. Itt a pontos localisálás, a *Menell*-tünetek és a kórleflyás igazítanak útba. A legfontosabb differentialdiagnostikai segítség mégis csak a kezelés hatásossága és a kórleflyás mindkét esetben. A heveny myalgia melege, *histamin* iontophoresisra, *massagera* gyorsan reagál, míg az *ischias*, az ízületi gyulladás hosszantartó megbetegedés. A tartóizmok myalgiaját utánozza sokszor a *spondylarthritis*, a *Bechterew* kór, melynek korai tünete a háti izmok fájdalmassága, merevsége és az *intercostalis neuralgia*. Itt a jellegzetes klinikai tünetek, az oldalhajlás hiánya, a mellkas merevsége, a gyakori láz, a magas vérséjsüllyedés, de főként a röntgen eldöntik a kérdést. Még csak a vesekő-rohamot kell itt megemlítenünk, amely heveny myalgia képében zajlik le sokszor, bár a fájdalomak intenzitása, kisugárzása, a vizeletvizsgálat, a röntgenfelvétel hamarosan útbaigazítanak.

Az idült myalgia megítélésénél nem tévesztendő szem elől az a principiális fontosságú megállapítás, hogy elsőleges, *essentialis* idült myalgia úgyszólván alig fordul elő. A *chronikus* myalgia egyike a leggyakoribb megbetegedéseknek, de ez a betegség csaknem kivétel nélkül kísérő tünete egy közelfekvő, felderíthető, ízületi betegségnek, mozgásszervi, illetve statikus elváltozásnak. A *chronikus* myalgia tehát *secundaer* megbetegedés, amelynek hátterében alapos vizsgálatra az alapbaj csaknem kivétel nélkül felderíthető. Erre a myalgiaira is jellemző, hogy néha az esztendőkönn át fennálló folyamat sem okoz az izom erejében változást, nem találunk sohasem izomatropiát, vitatható az izom állagában létrejövő keménységnek, ellenállásoknak, kötegeknek a jelenléte és csak a nyomásra, mozgásra és az izom igénybevételekor beálló fájdalmasság az állandó kísérő tünet. A differentialdiagnosis alapja ebben az esetben is az az alapos klinikai vizsgálat, amely a megfelelő laboratóriumi és főként a mindenre kiterjedő röntgenvizsgálatokkal kiegészítendő. Minden ilyen eset igen alapos analysisre szorul, csak így deríthetők fel azok az okok, melyek a fájdalmas állapotot előidézték, kiváltották és fenntartják. Tudnunk kell itt azt, hogy a fájdalom létrejöttéhez a szervezetnek *sensibilizáltsága*, általános *hyperalgesia* szükséges. Ezt a túlérzékenységet igen gyakran valamilyen góc okozza, amely a szervezetet kífárasztással, hideg-hatásokkal szemben érzékenyebbé teszi. Sokszor a túlsúly, a kövérség lesz az az ok, amely bizonyos izmokat állandóan túlzott munkára késztet, az izmok fáradtsági anyagcsere-termékeiktől megszabadulni nem tudnak és a myalgia alapját az izom normális chemizmusának megváltozása képezi. A magas vérnyomás, az arteriosklerosis, a klimaxal járó keringési zavarok, vagy általában a vérszegénység mind lehetnek okai, elindítói, vagy fenntartói a *chronikus* myalgianak, amikor az izom oxygénellátása zavart és ugyanarra az igénybevételre ezáltal többé nem alkalmas.

A *secundaer* myalgiaknak ilyen általánosabb, sokszor távolfekvőnek látszó okai mellett vannak közvetlen okai is, amelyek a kezelés szempontjából döntő fon-

tossággal birnak. A myalgia okaira ehelyütt azért kell kitérnünk, mert komoly sikere a therapiának csak ezúton biztosítható. Soha nem szabad szem elől téveszteni a myalgia kezelésekor azt a megállapítást, hogy az izom fájdalmassága működésével, feladataival, munkaképességével valamiképpen összefügg. Minden egyes izom részét képezi egy egész mozgási rendszernek, amelyben, ha valahol kiesés van, megérzi valamennyi szerve és láncszeme a rendszernek. Hibás tartások, gyermekkori gerincdeformitások, operációs hegek, a legkülönbözőbb oknál fogva előállott végtagrövidülések, statikus elváltozások, főként valgítások csípőben, térdben és bokában, a lúdtalp különböző formái, a későbbi korban pedig a végtag ízületeinek arthrosisai, a porckorong-megbetegedések, a sponylosisok, mind-mind közvetlen okai, alapbajai a másodlagos myalgianak.

A chronikus myalgia gyógyítható betegség, csak meg kell állapítanunk a betegség hátterét, a betegséget kiváltó, a betegséget fenntartó okokat. Ezek az okok sokfélék, de a kezelés szempontjából csaknem mind elérhetők. Néha az okok látszólagos csekély volta nem áll arányban az okozattal, az izmok fájdalmasságával, pedig a therapiás sikert csak az biztosítja, ha a szervezettel minden hiányosságában megsegítjük. Így megoldandó a góc-kérdés. Az izmok teljesítőképességét, a reájuk háruló feladatokkal összhangba kell hozni. Ez sokszor a foglalkozás megváltoztatását, sokszor test-súlyfogyasztást, sokszor több pihenést, de sokszor bizonyos izomcsoportok erősítését, tornáztatását, mozgását jelenti. Sokszor egy-egy izomcsoportot fűzővel, pólyával, betéttel, vagy orthopaediai korrekciókkal kell munkájában támogatnunk.

A localis kezelésben éppen a myalgiaéknál a balneotherapiának jut a legfontosabb szerep. Az intenzív meleg-kezelés, a hyperaemisálás, a capillarisatio, iszapkezelésekkel, thermalis fürdőkkel érhető el leginkább. Ha ugyanakkor a thermalis vizeinkben oldott sóknak, gázoknak, radioactiv elemeknek együttes ingerhatását is figyelembe vesszük, úgy megértjük azt, hogy a chronikus myalgia gyógykezelésében a fürdőkúrák más gyógyító beavatkozásokkal nem pótolhatók. Az izmok fájdalmatlanítását, felpuhítását, vérbőségét használja fel azután a massage és a gymnastika a gyógyhatás biztosítására.

A fürdőkúrák fontosságát myalgiaéknál abban találom, hogy lehetővé teszik a betegségnek és a betegnek alapos megismerését, amely ezen betegség meggyógyításának legfőbb titka. A fürdőkúra teszi lehetővé azt, hogy az orvos betegénél ne csak pillanatnyi sikereket, helyi fájdalmatlanítást érjen el, hanem a betegség okainak ismeretében, a beteg orvosa útján, a további kezelés által, a betegnek adott megfelelő tanácsok útján megszünteti a chronikus myalgia annyira jellemző recidiva-készséget. A fürdőkúra a nagy alkalom a chronikus myalgia helyes diagnosisára és helyes differentialdiagnosisára. Ez a komoly klinikai orvosi munka a helyes és megfelelő kezelést is jelenti. Ennek a kezelésnek időtartama messze túl kell hogy érjen azon a néhány héten, amit a betegek általában rheumásnak mondott izomfájdalmaik kezelésére szánnak. A feladata magaslatán álló fürdőorvosnak komoly orvosi készsége és ilyen irányú therapiás munkássága révén megfogynak majd az ú. n. hálás betegek, akik évről-évre, mint a hazajáró lelkek kísértene a fürdőorvos rendelőjében, de megszorodnak majd evvel szemben a gyógyult betegek, akiket talán sohasem lát többé, akik mégis szertejáró, élő symbolumai, hordozói a modern fürdőorvos therapiás művészetének.

Budapest székesfőváros Szent István közkórháza physiko-therapiai intézetének közleménye. (Főorvos: Keller Kálmán.)

A bőrhőmérsékletmérések balneotherapiás jelentősége.

Irta: Keller Kálmán dr.

A bőrtemperatúra mérése az utóbbi másfél évtizedben nemcsak számos jellemző élettani és kórtani adathoz juttatott bennünket, hanem az érműködésre és a vérellátásra vonatkozó elveinkre is átalakítólag hatott. Minden bőrhőmérsékletváltozás a bőr vérellátását szabályozó arteriák ürterének finom változásairól ad számot. Amíg az oscillometriás eljárás a nagyobb arteriák ürterének és fallengéseinek változásait jelzi, addig a bőrtemperatúra mérése a kisebb arteriák és arteriolák tágassági viszonyáról ad felvilágosítást. A bőrtemperaturamérés teljesítő képességét úgy jellemezhetnők, hogy az azoknak a kisebb arteriáknak ürtérváltozásait is hiszen jelzi, amelyek finomságuknál fogva az oscillometriás eszközök által nem íratnak le.

A bőrhőmérséklet mérése nagyban hozzájárult ahhoz, hogy az arteriák és arteriolák, illetve a capillarisok működési módjának szinte új élet- és kórtana alakult ki. Ez utóbbinak rövid vázolásáról itt nem mondhatunk le, mivel balneotherapiai jelentőségük csak ez ismeretek alapján bontakozhat ki.

Már 1924-ben feltűnt Leriche-nek, hogy a „periarterialis sympathectomia” műtete után az illető végtag melegebbé vált, mint a másik, legalább is az esetek nagy számában. Ugyanekkor azonban a két végtag színében különbség nem volt látható. Johannes Ipsen, dán sebész, ki e műtétek megismétlése alkalmával Leriche tapasztalatait megerősíthette, sokat gondolkozott azon a látszólag ellentmondó jelenségen, hogy a műtét után az illető végtag bőrszíne nem változott, esetleg halvány maradt, a bőr hőmérséklete azonban fokozódott, a végtag melegebbé vált. A szövethőmérséklet fokozódása ugyanis véleménye szerint csakis két módon jöhetett létre: Vagy fokozódott a műtét folytán az anyagcsere, ami valószínűleg látszott, — a test egész hőtermeléséből ugyanis a bőrre eső részlet nem több a 4%-nál — vagy pedig fokozódott a szöveteken átáramlott vér mennyisége, tehát hyperaemia támadt, amire már Leriche is gondolt. Abban az időben a hyperaemia két alakját ismertük, az aktív és passív hyperaemiát. Az aktív az „erek” tágulásában állott, miáltal a szervek pirosak és melegek lettek, a passív hyperaemia pedig a vénás rendszerben támadó stasisnak tulajdonított. Mindkét esetben azonban a szerv vagy a bőr erősebben kipirult, mint ép viszonyok között, színe a pirosból a sötét liláig terjedő árnyalatokat vette fel. A Leriche-féle műtét után létrejött állapot tehát egyik kategóriába sem volt beosztható, amennyiben a végtag bőre lényegesen melegebb lett, színe azonban változatlan maradt. Ipsen I. nem találván meg a jelenségek magyarázatát, végül is 1924. végén felvilágosítás végett magához Krogh Ágostonhoz fordult, ki a capillarisokról megjelent munkájában már akkor megállapította azt, hogy a capillarisok igen gyakran az arteriáktól egészen függetlenül működnek. Krogh magyarázatában felhívta Ipsen figyelmét Ebbeckének már 1917-ben tett ama tapasztalatára, mely szerint a bőr kipirulása attól a vérmenyiségtől, attól a haemoglobintartalomtól függ, amely adott pillanatban a bőrben éppen jelen van. A bőr melege azonban attól a vérmennyiségtől függ, amely a bő-

rön — bizonyos idő alatt — melegét a bőrnek átadva, átáramlik. A bőr kipirulását tehát a capillarisok és a kis vénák tágultsági állapota szabja meg, ettől függ az adott pillanatban a bőrben éppen jelenlevő vértartalom; ellenben a bőr hőmérsékleti foka attól tügg, hogy mennyire tágnak ki a bőr arteriái, illetve arteriolái, azaz mennyi vért szállítanak a bőrbe. Amint látjuk, itt világos utalás történik a conveció melegvezetésre. Ebbecke tapasztalatai alapján könnyen értelmezhetővé válik a Leriche-műtét után észlelhető állapot: A műtét ugyanis nem befolyásolta a capillarisok és a kis vénák ürterét — ez okból maradt a bőrszín változatlan, — ellenben az arteriákat annyira kitágította, hogy a fokozott vérátáramlás következtében a szövetek, így a bőr is melegebbé váltak. E tapasztalati tények valóban helyes magyarázatát azonban csakis Krogh adta meg, ő mondotta ki azt, hogy a capillarisok és az arteriák egymástól függetlenül működhetnek. Néhány példa megvilágítja e felfogás helytálló voltát. Arteriák elzáródásakor elég gyakran tapasztalható az, hogy az illető arteria árterületéhez tartozó capillarisok kitágulnak. Ez a jelenség eléggé állandó és több kóros folyamat magyarázatául szolgál. Így pl. az arteriosclerosis folyamán támadó végtagüszkösödésnél azt látjuk, hogy a bőr az üszkösödés előtt sötétkéék színű, összes hajszálerei duzzadásig telve vannak pangó vérrel, a végtag bőre pedig feltűnően hideg. Ugyanekkor az arteriák és arteriolák szűkeik vagy akár lezáródtak. Előttünk van tehát az ellentét: megszűkültek az arteriák, kitágultak a capillarisok. Vagy egy másik példa. Belégzési narcosisnál gyakran tapasztalható az, hogy a lábtemperatura rövid idő alatt akár 10° -kal is fokozódik, de a láb színe változatlanul halvány marad. Magyarázható-e ez a jelenség másképpen, mint hogy a narcosis folytán a végtagartériák kitágultak, a capillarisok ürtere viszont változatlan maradt. Folytathatnók a példák felsorolását, de már ezekből is látszik, hogy a Krogh által az arteriákra és a capillarisokra nézve kimutatott működési függetlenség élet- és kórtani felfogásunkra alapvető jelentőségű. Ipsen maga szinte forradalminak minősíti ezt az érmozgásokra vonatkozó újabb felfogást, egyzersmind megállapítja, hogy ez még nem hatotta át kellő módon az orvos közvéleményt; ez okból ismer tettem itt e felfogást. A bőrtemperatura, átlagban a szövetek temperaturájának változása tehát csakis az arteriák, illetve arteriolák ürterének változásától függ, a capillarisok változó tágassági viszonyai ellenben a bőrhőmérsékletet nem vagy alig befolyásolják.

Lássuk most, hogy a bőrtemperatura mérése útján jutunk-e oly adatokhoz, melyeket a kórjelzés és a kórjóslat szempontjából felhasználhatunk. A Krogh-féle vérellátási alapelveknek állandó szemmel tartása lehetővé tette számomra, hogy eddig alig figyelt összefüggésekre rávilágíthassak. A következőkben két kóreseten kívánom bemutatni azt, hogy elszigetelt bőrtemperaturaváltozások mily távolfekvő kórtényezők hatásai alatt támadhatnak. Mind a két esetben az egyik oldali alsó végtag distalis szakaszán nagyobb fokú bőrtemperatura-csökkenés mutatkozott, amelynek oka az ellenkező oldalon fejlődő agydaganat volt.

Eseteink a következők:

Az 1. esetben a „cerebrobulbaris” érmozgató neuron bántalmazottsága a távoli peripherián már oly korai időszakban jelentkezett, amidőn agydaganat fejlődésének még semmiféle tünete nem volt. Az 54 éves férfi syphilises fertőzésről nem tudott, mindig erős dohányos volt, naponta akár 50 cigarettát is elszívott. Jobb lába több hónap óta járás közben annyira megbénult, hogy azt maga után húzni volt kénytelen. Már ez időben nagy hőmérsékleti különbsé-

get figyeltem meg a test két oldalán, a jobb alsó végtag bőre ugyanis a comb közepétől kezdve le a láb big határozottan hűvösebb volt a balénál. E dysbasiás jelenségek után 1936. év szeptemberében jobb alsó végtagjában hirtelen rángógörcsök támadtak, melyek jobb karjára és törzsére is reá terjedtek, így alkalommal beszélni is alig vagy egyáltalában nem tudott. A lábháti verőér lüktetése ez időben mindkét oldalt biztosan volt tapintható. Később a jobb alsó végtag izomereje megfogyatkozott, a jobb oldali térd- és Achilles-inreflex spasticusan élénkebbé vált a bal oldaliénál. A koponya röntgenképén, valamint a szemfenéken ez időben még agydaganatra jellegzetes elváltozások még nem mutatkoztak.

A beteg ezután — a kórkép további tisztázása céljából — több ízben a budapesti egyetemi I. sz. belorvosi klinikára utaltatott, hol a görcsös rohamoknak Jackson-epilepsias jellegét megállapították. A klinika pontos észlelése megerősítette az első vizsgálat adatát a bőrhőmérsékletére nézve, amennyiben a jobb láb bőrének hőmérséklete 1.5 fokkal alacsonyabb volt, mint a balé. Az oscilometriás index a jobb térd alatt fele volt a tuloldalnak.

A bántalom székhelyéül az I. sz. belorvosi klinika a bal oldali elülső központi tekervényt jelölte meg, rá mutatott azonkívül arra a lehetőségre is, hogy a jobb láb és alszár vasomotoros zavarai centralis eredetűek (Gömöri Pál). A további lefolyás során a beteg állapotának súlyosbodása, a koponyaüri nyomás fokozódása műtétet tett szükségessé, mely célból a beteget a II. sebészeti klinikára helyezték át. Itt az óvatos ventriculo- és encephalographiás vizsgálat a bal oldali hátsó központi tekervényben ülo diónyi daganaton kívül még a kerges test hátsó harmadában és a jobb oldali féltekében a hátsó szarv felett is vérzésesen lágyult dagاناتot (glioblastoma) talált.

A 2. esetben is oly korai időszakban támadt a távoli peripherián a bőrhőmérséklet féloldali csökkenése, amelyben még a később fejlődött agydaganatnak tünetei nem jelentkeztek. Súlyos erőművi behatás két alkalommal érte a 34 éves nőbeteg (V. K.) a fejétőnek ugyanazt a helyét. A második traumás behatás után 3 hét múlva jelentkezett a jobb lában az első Jackson-görcsroham, mely később az egész jobb testfelére reáterjedt. Ezeket az epilepsiaszerű rohamokat mindenütt, külföldön is félreismerték, míg végül a budapesti ideg- és elmeklinikán a rohamoknak Jackson-epilepsias jellegét megállapították. E rohamok, meg más egyidejűleg mutatkozó tünetek alapján parasagittalis elhelyezkedésű, a középső sinusharmadba eső meningioma jelenlétét állapították meg. A daganat sürgős eltávolítását javasolták, ami 1937. november 15-én a II. sz. sebészeti klinikán kiváló gyógyeredménnyel meg is történt. A több szempontból gyakorlati és elvi jelentőségű kóresetről Bakay, Benedek és Kulcsár számoltak be, ennél fogva én itt csak a műtét óta megfigyelhető elvégtagi érmozgászavarokkal foglalkozom, annál is inkább, mivel az utóbbiakról az említett casuisticus közleményben még nincsen szó.

Egy évvel a daganat eltávolítása után az alszárhajlító izmok csökkent működésűek. A jobb láb és alszár bőre az alszár közepéig erősen hűvös, a bal lábon csak az ujjak tájéka hűvös kissé. A jobb láb bőrhőmérséklete a bal lábénál 2° -al alacsonyabb. Jobb oldalt pozitív Babinski-jel, a jobb külbokán és a láb külső szélén a tapintási érzés csökkent.

A kórtörténetekből kiderül, hogy mind a két agydaganat esetében a keresztezett alsó végtag distalis részén korai és tartós tünetként jelentkezett a bőrhőmérsékletének csökkenése. A féloldali Jackson-epilepsia is mind a két esetben a temperaturacsökkenéssel azonos oldalon támadt; a bőrhőmérséklet csökkenését tehát bizonyos jogosultsággal az agyvelői érmozgató beidegzés zavart működéséből származtathattam. Ezt a helyesnek látszó magyarázatot kezdetben különösen az I. esetben háttérbe szorították a körelőzményi adatok: A bőr hőváltozását kísérő időszakos sántítás ugyanis a tulhajtott dohányzás számlájára is volt írható. Az a körülmény azonban, hogy a másik alvégtag minden tünettől mentes volt, a dohányzási érelváltozás kórjelzését inkább háttérbe szorította.

Az eseteinkben észlelt féloldali bőrtemperaturacsökkenés okát keresve, miután környéki érelváltozást főleg a 2. „tisztá” esetben kizárhattam, azt abban az ingerhatásban véltem megtalálni, melyet az agyban növekvő

daganat az érmozgató készülékre gyakorolt. Az ily módon támadt verőerspasmusokból származott tehát nyilván a bőrhőmérséklet csökkenése. Csak az volt a kérdés, hogy az agyi érmozgató készülék melyik szakaszáról váltódna ki e tünetek. Gondolhattunk arra, hogy a daganatok távolhatása okozta a mélyebb érmozgató központok izgalmi állapotát, de izgalomba juthattak a kéregben gyanított érmozgató központok is. Eltekintve attól, hogy lelki affectusok bizonyára a kéreg felől képesek az érmozgató központokat valami uton-módon befolyásolni, kérgi érmozgató központok létezését állatki-sérletek vagy klinikai megfigyelések igazolhatnák. Állatki-sérletek azt mutatták, hogy a közti agyban a thalamusban és a III. agygyomor alatt fekvő érmozgató központokon kívül maga az agykéreg is tartalmaz vasomotoros központokat; e központok ingerlésekor a keresztetett végtag bőrén hőmérsékletsüllyedés támad. Az agykérgi vasomotoros központok létezését nem mindegyik vizsgáló fogadta el, mások azonban klinikai megfigyeléseik alapján azt valószínűnek tartják. (Rossolimo, Cassirer, Goldstein). Noha tapasztalataink azonosak is ez utóbbi megfigyelőkéivel, mégis csak óvatosan nyilatkozhatunk a kérgi érmozgató központok létezéséről.

Való az, hogy a bőrhőmérséklet féloldali peripheriás csökkenése mind a két esetünkben oly korai időszakban jelentkezett, amikor még a koponyaűri nyomás fokozódása nem okozott szembeötlőbb tüneteket. Való az is, hogy ha a jövőben ez az észlelet az esetek nagyobb számában beigazolódnék, úgy az a korai topikus körjelzést elősegítené. Kérgi érmozgató központok létezésére azonban még ekkor sem következtethetünk, mert a távolhatások biztossággal sohasem zárhatók ki. Ma az a helyzet, hogy a körjelzés számára a „cerebrobulbaris” érmozgató készülék viselkedése a maga egészében a döntő. Még az alantasabb (gerincvelői, stb.) érmozgató központok is beleszólnak a végső hatás kérdésébe. Az érmozgató neuronlanc legfelsőbb szemének működési zavara a peripherián csak akkor árulja el magát, ha az összes alatta lévő neuronok azonos értelemben változtatják meg tonusukat. Alsóbb neuronok viszont kiegyensúlyozóan hatnak a felsőbb neuronokban támadó működészavarra. Ez utóbbi gyakrabban fordul elő, mint ahogy azt gondolnók, ilyenkor a bőr hőmérséklete nem változik meg.

Még egy közvetett bizonyítékunk van arra, hogy eseteinkben valóban az agyi érmozgató készülék működészavara idézte elő a peripheriás bőrhőmérsékletcsökkenést és nem az alantasabb központoké. Ipsen J. vizsgálataiból tudjuk azt, hogy belégzési narcosis alkalmával az elalvás pillanatában a láb hőmérséklete azonnal rohamosan emelkedni kezd. Ez az emelkedés akár 10 C°-nyi is lehet, a fokozott láb hőmérséklet az egész narcosis alatt változatlanul megmarad. Ismeretes, hogy az alantasabb, főleg sympathicus jellegű érmozgató elemek a narcosis iránt kevésbé érzékenyek; az Ipsen-féle jelenség, azaz a lábarteriáknak narcosis alatti kitágulása tehát okvetlenül agyvelői, sőt agykérgi működés alábbhagyásának tudható be. Ez a jelenség tehát nyomosan szólhatna amellett is, hogy az elentetés tünet, tehát a lábarteriák szűkülése szintén agykérgi származású lehet.

Még egyszer hangoztatjuk, hogy a környéki bőrhőmérsékletsüllyedés a koponyaűri térszűkítő folyamatainak, az agyban fejlődő daganatoknak nem tünete, de alapos gyanújele.

Hogy a bőrhőmérési és általában a testhőmérési vizsgálatoknak belorvosi jelentősége a jövőben növekedni fog, arra mutatnak az I. belklinikának legújab-

ban közölt észleletei. Ifj. Dax Albert számolt be ugyanis arról, hogy epekólika sok esetében a jobboldali hónalj-hőmérséklet magasabb volt a balénál. A legnagyobb különbség a két oldal hőmérséklete között 1.3 C° volt. Véleménye szerint valószínű, hogy a megfelelő Headzónában a létrejövő reflexes vérbőség az oka a testhőmérséklet féloldali hatalmas fokozódásának. Ezek a klinikai észleletek számunkra új látókört nyitnak. Arra mutatnak ugyanis, hogy a bőrhőmérés és a testhőmérés együttes eszközölésétől a kórtan még fontos felvilágosításokat várhat. Magam pl. évek előtt, amikor még rendszeres bőrhőmérési vizsgálatokkal nem foglalkoztam, kétoldali testhőmérés útján a hónaljban igyekeztem meggyőződni arról, hogy idősült nyúltvelőbénulás, továbbá hemiplegia több esetében van-e különbség a kétoldali hónalj-hőmérséklet között. A talált hőmérsékleti különbségek sohasem haladták meg a 0.3 C°-ot. Már akkor jeleztem azt, hogy az idegkórtani diagnosztikában leírt híd-nyúltagyvelői thermo- és vasoassymetria eseteiben, amelyekben a test két oldalának hőmérséklete között akár 2 C°-nyi különbségről is szólnak az észlelők, csak akkor fogjuk a kétoldali hőmérsékletkülönbségeket biztossággal megállapítani, ha rendszeres bőrhőméréseket végeztünk. Itt a kérdés további taglalásába nem mehetünk bele, nem mulaszthatjuk el azonban azt, hogy a Dax-féle megfigyeléseknek nagy jelentőségét ne hangsúlyozzuk. Az ő epekólika-eseteiben ugyanis az idegrendszer ép volt, a féloldali testhőmérséklet fokozódását tehát egy távoli szerv fájdalmas izgalma váltotta ki. Ha egybevetjük ezt a jelenséget avval a megállapítással, hogy idősült idegrendszeri kóros folyamatokban, hol az érmozgató készülék, illetve pályái biztosan sérültek, hőkülönbség nem volt, úgy azt látjuk, hogy az érmozgató készülék súlyosabb működészavarait is kiegyensúlyozza az érfalak simaizmainak Langley-féle automatismusa. Ha ez a kiegyensúlyozó folyamat létrejön, úgy bőrhőmérsékletváltozást nem észlelhetünk. Ez a körülmény a bőrhőmérési vizsgálatok felhasználhatóságának határait is megszabja.

A bőrhőmérésektől általában komolyan felhasználható kórélettani adatokat tehát csak az esetben várhatunk, ha állandóan gondolunk az érfalak sima izmainak autonómiájára és arra a másik tényre, hogy a beidegzésétől bármi módon megfosztott edényizomzat is reagálhat ingerekre, ezek a reakciók azonban visszatérésük után sokkal renyhébbek, mint azelőtt voltak. Ne azt figyeljük tehát, hogy az egyes kóralakokban mily fokú eltérést mutat a bőrhőmérséklet az éptől, mert így sok csalódásnak tesszük ki magunkat; hiszen az egymásnak ellentmondó bőrhőmérési adatok ugyanabban a kóralakban és időszakban is úgyszólván mindennapiak. Helyes eljárás, az ha magunk idézzük elő, többnyire a külső klímátényezők változtatásával érkaliberváltozásokat és azt állapítjuk meg, hogy mennyi idő alatt áll helyre az érkaliber kezdeti állapota. E célra az Ipsen-féle eljárás alkalmas: Előzetes bőrhőmérsékletmérés után a bőr kérdéses területét lehűtjük és azt figyeljük, hogy a lehűtés abbaahagyása után mennyi idő alatt melegszik fel a lehűtött terület eredeti hőfokára. A lehűtéshez egy 10 négyzetcenti felülettel bíró bádgedényt használunk, amelybe 50 ccm. 15°-os vizet töltünk. A lehűtés 10 percig tart. Ép viszonyok között is akár egy óra múlva tér vissza az eredeti hőmérséklet. Itt említem meg, hogy legújában Schmidt Lajos jól használható próbákról számol be annak megállapítására, hogy a bőrtemperatura különbségeit előidéző érszpaszmosok legyőzhető-e vagy nem? Ennek fontossága sympathektomiák előtt nyilvánvaló.

Ezek után az a kérdés, hogy a balneoterapiában minő gyakran találkozunk oly környéki bőrhőmérsék-csökkenéssel, amelynek oka az agyvelői vasomotor-központok működészavarában van? E szempontból dys-basia-statisztikánk ad felvilágosítást: Az összes dysbasia eseteknek kb. 6%-ában számíthatunk arra, hogy a tü-netek oka nem a peripherián támadt organikus érfal-elváltozás, hanem valamelyik vasomotorközpont mű-ködészavara, amely természetesen szintén organikus elváltozás következménye lehet. Hogy azonban a bántalmazott vasomotoros központ az agyban, vagy a ge-rincvelőben van-e, az már csak az egyidejűleg, vagy későbbben kifejlődő más göctünetek alapján dönthető el. Érdekes az, hogy a mi statisztikánk körülbelül meg-egyezik Gönczy István már régebben közölt és oscillo-metriás megfigyelések alapján összeállított statisztiká-jával. Tiszta angiospasmusok az ő vizsgálati sorozatá-ban is kb. 6%-ban fordulnak elő. A mi 6%-nyi tiszta angiospasmusos eseteink között természetesen benne foglaltanak az agyiakkal együtt a gerincvelői száрма-zásúak is. Gyakorlatilag fontos az, hogy nagyobb betegforgalmat lebonyolító balneológiai állomásokon is azonos viszonyok várhatók. Ebből az következik, hogy évente egy-két esetben a balneológus jut abba a hely-zetbe, hogy elsőnek állapíthatja meg az agyvelő vaso-motoros központjainak többnyire daganat okozta meg-betegedését és idejében juttathatja a beteget a neuro-logus, illetve a sebész kezére.

Összefoglalás: 1. A mozgató, illetve érző nagyagyi kérget nyomó daganat két esetében jóval a fokozott agnyomás és más göctünetek megnyilvánulása előtt a keresztezett alvégtag distalis szakaszán a bőrhőmér-séklet tartósan több fokkal alacsonyabb volt, mint a symmetriás oldalon. Ez a jelenség a „cerebrobulbaris” érmozgató készülék működészavarával magyarázható és adott esetben megfelelő kizárások után a daganat-képződés gyanújének tekinthető.

2. Dysbasia-statisztikánk tanulsága szerint a tüne-tet létrehozó tiszta angiospasmusok az eseteknek kb. 6%-ában fordulnak elő; ezek között találhatók meg a bőrhőmérséksüllyedés agyvelői származású esetei is.

A fürdőkórház felállításának orvosi irányelvei.

Írta: Barla-Szabó József dr., az OTI. főorvosigazgatója.

A fürdőkórház felállításánál a célkitűzés egyrészt a balneologia tudományának fejlesztése, másfelől az egészségügyi védelemre szoruló ellátatlanok fürdőkeze-lésének a biztosítása. A megépítés azért késik, mert a magángyógyforrások tulajdonosai nem foglalkoznak közfeladatok megoldásával, a székesfőváros pedig sok terhes feladatai közt nem tekinti első helyen állónak az ellátatlanok fürdőkezelésének megoldását. Ezért az OTI. vette fel egészségügyi feladatainak országos meg-állapításába a fürdőkórház felállítását. Az OTI. fürdő-kórházának megoldását az nehezíti, hogy maga nem rendelkezik a szükséges gyógyvízzel.

Az OTI-nak taglétszámánál, igényjogosultjai rheu-matikus s egyéb fürdőkezelésre szoruló megbetegede-seinek gyakoriságánál fogva elsőrangú feladata, hogy biztosítottjainak fürdőkezelését minél gyorsabban és minél tökéletesebben oldja meg.

Az OTI. taglétszáma 1937-ben 763.809 volt. A m. kir. Közp. Statisztikai Hivatalnak „Negyedévi Közlemé-

nyek” című 1938. évi 3. füzeté szerint 1936-ban az OTI-nál kb. 8050 biztosított állott 395.000 táppénzes nappal keresőképteln rheumatikus betegség miatt táppénzes állományban. E számnál valamivel még magasabbak a családtagok megbetegedési esetei. E két csoportból egy év alatt a kórházban kezelték száma megközelítette a 2500-at, s a betegápolási napok száma kerekén 75.000 volt. Még nagyobb a vízgyógyintézetekben és fürdők-ben ápolat járóbetegek napi száma. Eszerint a múlt év-ben az OTI. fővárosi két saját vízgyógyintézetében na-ponta átlagosan 193 igényjogosult (156 biztosított és 37 családtag) részesült fürdőgyógyászati kezelésben. A fő-városi fürdőtherapiás magángyógyintézetekben naponta átlagban 310 igényjogosult kapott gyógyfürdős kezelést. Ezévből 1939. márc. 21-én a főváros területén és a szomszédos városok (Ujpest, Kispest), igénybevett kór-házaiban az OTI-nak 195 rheumás betege részesült kór-házi fekvőkezelésben. A vidéki közkórházakban kezelt hasonló betegek száma általában e számnál 30%-kal magasabb. Vagyis országosan a rheumás OTI. biztosí-tottak közül kórházakban naponta átlagosan 440—460 részesül fekvőbeteg-ellátásban. Ezekből nyilvánvaló, hogy a későbbi magasabb táppénzkiadások megtakarí-tása, másrészt a korai megrokkolás megelőzése szem-pontjából feltétlenül szüksége van az OTI-nak fürdő-kórházra.

Ezt a megállapítást alátámasztják a külföldi fürdő-kórházakban szerzett tapasztalatok. Ezekre vonatkozó-lag adatokat Frank Miklós dr.-nak „A fürdőkórház szerepe a rheumatikus betegségek gyógyításában” című dolgozatában találunk. Eszerint a németországi és forró konyhasós forrásairól híres Wiesbaden 90 ágyas fürdő-kórházát 1925-ben nyitotta meg. E kórháznak belgyó-gyászati laboratóriumán kívül fürdőügyi és anyagcsere-kutató intézete is van. A kezelések ellátása tökéletes, kórház-üzemi berendezések formájában történik. Frank dr. szerint hasonlóan jól beváltak az aacheni fürdő-kórházak. Itt az elsőt 1907-ben a rajnai társadalom-biztosító intézet létesítette. Már 5 év múlva a rajnai tartomány 250 ágygal és 3.300.000 márka költséggel egy újabb fürdőkórházat nyitott meg. Ennek ágyai számát 1924-ben már 360-ra kellett bővíteni. Itt 1929-ben 3575 fekvőbeteget kezelték 125.000-et meghaladó ápolási na-pon át. Így egy-egy betegnél az átlagos ápolás 34—34 napot tett ki. A fürdőkórház pompás gyógyító beren-dezésén kívül rheumakutató intézettel is rendelkezik. A gyógyfürdőben egy igazgató-főorvos, két főorvos, négy alorvos, három segédorvos, nyolcvan főnyi segéd-személyzet és 32 irgalmasrendi nővér teljesít szolgálá-tot. Frank dr. azután egyik londoni rheumás gyógy-intézetet látogatta meg, hol az 5 főorvos és nagyobb-számú segéd-személyzetük egy év alatt 3500 beteget lá-tott el, kiknek gyógykezelési napjaik száma 150.000 volt. Itt a fürdőkezelésekhez fellelegített vízvezetéki vizet használnak. Ezt a járóbeteg-rendelést a bevált eredmények fokozása céljából kórházzal akarják köze-lőbb kiegészíteni. A fürdőkezelésekre a járóbetegek 82%-a gyógyult meg.

Az OTI. már 1931-ben elhatározta, hogy a vidéki gyógyfürdők közül Harkányban gyógyintézetet létesít. Itt az 1938. évben a nyári félévben 766 biztosított ré-szesült fürdőkezelésben. Az OTI. a jelen évben még Balf, Csiz, Erdőbénye, Alsókéked és Balatonfüred gyógyfürdőibe utal be biztosítottakat. Az OTI. a gyógy-fürdői kezelésekkal hatékonyabbá akarja tenni a fürdő-kezelésre szoruló betegeknek orvosi ellátását. Ez a na-

gyobb városok vízgyógyintézeteiben történt betegellátással együtt nem a kívánt és nem mindenképpen megfelelő eljárás. A fürdőkezelésre szoruló súlyosabb esetek megfelelő és hatékony gyógyítására elsősorban a fürdőkórház hivatott, hol a gyógyítás irányát a betegeken történő egyéni megfigyelés, a mások gyógyításaiból leszűrődő tapasztalat és a tudományos orvosi kutatás szabja meg. Ebből következik, hogy a természetes gyógyító eljárással foglalkozó intézményeknek, köztük az OTI. fürdőkórházának is a szükségletekhez kell alkalmazkodnia. Szükség van arra, hogy a gyógyforrásokkal rendelkező világvárosok a kényelmesen túl még megfelelő szórakozásokat nyújtó gyógyzállókat is építsenek, de közegészségügyi érdekből még nagyobb szükség van olyan fürdőkórházra, melynek beállítottsága a társadalom közösségének és a védelemre szorulóknak ellátását biztosítja s ezek igényeihez alkalmazkodik.

Az OTI. fürdőkórházának elsősorban a nagytömegű igényjogosultak rheumatikus s ezzel rokon megbetegedései, másrészt pedig az izületi- és csontmegbetegedések, sérülések fürdőkezelésre szoruló eseteit kell ellátni. Bár az OTI. igényjogosultjainak nőgyógyászati megbetegedéseit jövőben az általa megvásárolt Erzsébet-sósfürdő látja el, mégis a fürdőkórház berendezése figyelemmel lesz a legkülönbözőbb izzadmányos s a belgyógyászati jellegű (pl. szív-) betegségek balneotherapiás kezelésének lehetőségére. A vizsgáló és kutató laboratórium eredményes működhetése érdekében ugyanezekből a szakmákból, sőt a torok-gége-gyógyászatból és fogászatból a fürdőkórházban megfelelő szakorvosi rendelés is fog működni. A fürdőkórháznak kb. 80 ágát a csont- és izületi megbetegedések gyógyításával foglalkozó orthopaediai fekvőbeteg-osztály fogja lefoglalni.

A 250 ágyas fürdőkórház megépítésének céljára az OTI. önkormányzata a Császár-fürdő közvetlen szomszédságában 3600 négyzetméternyi területet vásárolt meg. Ebből 40% kerül beépítésre, 60%-nyi rész pedig kertnek marad. A fürdőkórház előreláthatólag 5/emeletes lesz, melyből az alagsor kb. 2500—2600, a földszint kb. 1800, az emletek pedig kb. 1575—1575 négyzetmétert fognak lefoglalni. Az OTI a megépítésnél, a kezelő helyiségek elosztásánál, méreteinek megállapításánál továbbra is bilkei Pap Lajos közp. fürdőigazgató, egyet. m. tanár értékes utbaigazításait fogja felhasználni, ki eddig is kiválóan állott tudásával és tapasztalataival rendelkezésére az OTI-nak. Eszerint a kb. 180 ágyas két belgyógyászati és a kb. 70 ágyas orthopaediai osztály hozzávetőlegesen 3250 négyzetméter területet fog az emleteken igénybe venni. A fogászati, nőgyógyászati s belgyógyászati vizsgáló, valamint a röntgen laboratórium helyiségei együttesen előreláthatóan 350 négyzetmétert vesznek igénybe. A fizioterápián a mechano-therápia helyiségeire kb. 400 m², az elektrotherápiára kb. 260 m², a hydrotherápiára pedig 1150 m² fog jutni. Így a hydrotherápia előreláthatólag azonos méretű lesz az aacheni 360 ágyas fürdőkórház hydrotherapiás berendezésével.

A gyógyviz ellátására mindkét gyógyfürdő: a Császár-fürdő és a Szent Lukács-fürdő vállalkozott. Az OTI a gyógyvizszerzést az egyik gyógyfürdővel a felügyelő hatóság (m. kir. belügyminiszterium) hozzájárulásával fogja megkötni.

Az OTI a építendő fürdőkórház beállításának részletkérdéseit az Intézeten kívül álló szakértők bevonásával állapítja meg. Így biztosítani kívánja, hogy az új fürdőkórház a felelősség érzésének, a körültekintő gondoskodásnak érvényesítésével az ország közegészségügyének fejlődését hatékonyan előre vigye.

Az epekőbaj balneotherápiája.

Írta: Arany György dr., Somorja.

Budapest fürdőinek fejlődéséről tartott a télen érdekesítő előadást Bánlaci Géza igazgató úr. Az előadást követő vitában fürdőügyünk jelesei megállapították, hogy nagy felvilágosító munkára van még szükség, elsősorban orvosaink körében kell részint a balneotherapia gyógyhatásait kellőképpen ismertetni, másrészt adottságokra rámutatni, amelyeket hazánk, de különösen fővárosunk kiváló fürdői és forrásai jelentenek. Ha én ma tárgykörnek éppen az epekőbaj balneotherapiáját választottam, tettem ezt azért, mert az epebaj éppen az a mindenki előtt nagyon gyakorinak tudott — idült és elhúzódó anyagcseremegbetegedés, amelynek belgyógyászati terapiájában épp a balneotherapia módszerei adják a legkielégítőbb és legoptimálisabb eredményeket.

Mielőtt a téma részletes taglalásába bocsátkoznék, röviden megjegyzem, hogy minden úgynevezett fürdőhelyi kúra hatástényezőjét két pillérre építjük. Az egyik az ú. n. direct hatás, amit a balneotherapiás gyógymód skeptikusai még nem is olyan régen „mágikus csodahitnek” magyarázták, amit azonban mi sem értékelünk még ma sem alá. Ugyanis a beteg kikerülve a mindennapi életből, az otthoni nyomasztó gondokból, a hely természetadta szépségei mellett, megfelelő orvosi kezelés alá kerül, másrészt a diétáját is jobban betartja, s így mintegy psychikus úton is gyógyul. A másik tényező a direct hatás, a forrásvizek összetétele, az alkalmazott egyéb balneotherapiás procedurák, amelyeket immár nemcsak az évszázados gyakorlat, de az utóbbi években mind nagyobb tökélyre fejlett balneológiai kutatástudomány reális és megalapozott törvényerőre emel. Ezen előadás keretében én csak ezen direct hatástényezőkhöz akarok foglalkozni. Előzőleg azonban rá kell mutatnom a balneológiai kutatás nehézségeire, amelyek kezdetben szinte leküzdhetetleneknek látszottak. Az empiria évszázados, gyakorlatilag bevált tételeit a modern kutató tudományoknak exakt módszerekkel induktív úton igazolni kell. Ha egy gyógyforrás hatásmechanizmusát tanulmányozzuk, nem vehetjük csupán annak chemiai analysisét alapul, de még az ion-táblázatból vont következtetések sem elegendők, mert miként azt a pharmacológiából tudjuk, a kombinált gyógyszerek hatásának megítélésénél nem az egyes alkotórészek hatásmódjainak az összegezése adja a combinatum hatását.

Az epekőbaj balneotherapiájának ismertetése szükségesé teszi, hogy pár szóban az epekőbaj aetiológiájának és pathogenesisének eredőiről megemlékezzünk. Az epekőbaj előidéző okai: 1. Az epeelfolyás akadályozottsága az epehólyagban és az epeutakban (Aschoff). 2. Az epeutak infekciója (Naunyn). 3. Az epe physikai, azaz colloidalis változásai (Lichtwitz); bizonyos sók kicsapódása és a cholesterinanyagcsere zavara. Az infectio útja haematogen a vena portaen keresztül, ami a gyakoribb, de lehet ascendáló is a duodenumból, ha a sphincter Oddi záróizma görcs avagy egyéb ok miatt ellankad. Hogy a vegetatív idegrendszer bonyolult mechanismusa különösen az epeutak, ill. azok izomzatának beidegződésénél, mily domináló szerephez jut és hogy ez a a cholecystopathiák keletkezésének kiindulópontja, arra Westphall és Bergmann vizsgálatai mutatnak rá. Utóbbi szempont kidomborítása azért bir jelen-

tősséggel, mert legújabbán úgy a tapasztalat, mint a balneologiai kutatás ép ezen a téren biztosítja a balneoterapia eszközeinek az eddig itt használatos összes gyógytényező feletti sikerét.

Az epekőbaj balneoterapiájának ugyanúgy, mint a baj általános belgyógyászati terapiájának, két tényezője van. Okosan, de tömören fejezte ezt ki pár évvel ezelőtt Vichyben az internationalis fürdőcongressuson Chatelet: „chaleur externe et interne”. Ehhez társulnak még egyéb később megbeszélendő balneoterapiás eljárások. Talán szükségtelen megjegyezni, hogy a balneoterapiás gyógymódot nem kezdjük meg a heveny epekólikás roham stádiumában, amelynek megszüntetése a szokott alkaloida fecskendő, fektetés, priessnitz és szigorú diéta alapján történik. Újabbán a magam részéről az atropin, papaverin stb. injectiók helyett a teljesen alkaloidamentes, szintetikus Spasmo-Cibalgin kúpot igen jó eredménnyel szoktam alkalmazni. A balneoterapiás eljárás egyrészt az idült, másrészt az ú. n. latens állapotban levő betegek kezelésére szolgál. Régi tapasztalat, hogy egy ilyen kúrának a minimális tartama 3 hét; ellenben a legideálisabb, ha a classikus Naunyn szerinti eljárást 30 napon át gyakoroljuk, mely optimalis eredménnyel biztat. Minél pontosabban teljesítjük a kúra gyakorlati szabályait és sikerült a beteget a 4 hetes időpontra beállítani, annál tökéletesebb eredményt várhatunk. A balneoterapiás kúrának nagy előnye, de nem feltétele, hogy egy olyan fürdőhelyen alkalmazzassék, ahol a gyógyforrás a földből eredeti hőfokán fakad és az egyéb gyógytényezők mellett az epebajkúra sinequanója, a diéta és konyha is rendelkezésre áll; ha ez azonban nem lehetséges, tanácsos a beteget a szokott munkaköréből kikapcsolni és a kúrát gyógyintézetben végrehajtani, esetleg úgy, ahogy ez Budapest fürdőváros területén ambulanter történik, ugyanis a beteg délelőttjét a források közelében tölti; éhgyomorral a reggeli ivókúráját végzi, amire iszapborogatás társul, majd a reggelijét elfogyasztva és előírt sétáját abszolválván, a délelőtti folyamán a megfelelő fürdőkúrában részesül.

Az epekőbaj balneoterapiáját természetesen a beteg individualítására kell beállítani. Ez előtt azonban a beteg fennálló epebaját, illetve az egész szervezet állapotát kivizsgáljuk. Ezután alkalmazható a következő schematikus balneoterapia: Az első 10 napban minden esetben a gyógyforrás vizét az ágyban fekvéskor adagoljuk, mégpedig akként, hogy kb. 400—500 gr. gyógyvizet kortyonként éhgyomorral adunk. Egyidejű iszapborogatást alkalmazunk, mely legalább egy órán át nem csak a májtájékat borítsa, amint ezt helytelenül a vilány- és gumitömlőmelegítőkkal teszik, hanem az egész has területét a bordáktól az alhasig legalább 2—3 kg. súlyú iszapzsák (karlsbadi mód) fedje. Ha lehetséges, pl. intézeti kúránál, borítsunk a test közvetlen felületére is 4—6 cm. vastagságban hevített iszapot, amint ezt különösen Kissingenben és Wiesbadenben gyakorolják. A beteg a reggelijét az ivás után egy órával kapja. Itt kell már az ú. n. „kúra diéta”-ról szólni, ami a szokott étrendi előírásoktól némileg eltér. A reggeli tej, vagy citromos orosz teából, világos kávéból, vagy egy pohár gyümölcsleiből (citrom, narancs, szőlőnedv, grape fruit) álljon, amihez szigorúan kétszersült, legfrissebb teavaj, esetleg méz jár. Tehát a tojásos ételeket is kikapcsoljuk. A reggelit szigorúan lapos terepen séta követheti. Tehát mindennemű hegymászás kerülendő! Ebédre húsleves mellőzésével, kevés passzírozott főzelékkeveseket adunk (Legierte Suppe). Majd teljesen puhára átfőtt, vagy friss vajban, avagy étolajban kisütött mártás nélküli fehér húst, franciásan, sós vízben

kifőtt, kevés vajjal leöntött, elsőrangú zöldfőzeléket, burgonyát, rizst, esetleg citrommal ízesített salátát, majd felfújt puddingot, bisquitet, piskótátésztát, amelynek az elkészítésénél csak tojássárgája lett felhasználva, tála-lunk. Az ebéd elfogyasztása után félórával pihenés következik, ágyban, pamlagon, vagy fekvőszéken, mert a máj a vízszintes fekvést kívánja. Ugyanakkor ú. n. Eppinger szerinti légzési gymnastika is végzendő, amely egyszerű mély és lassú ki- és belégzésekből áll, amikor is a rekesz mozgásai a duzzadt májon enyhe szivacs-szerű prérhatást fejtenek ki, ami egyúttal az emésztést is elősegíti. A reggelihez hasonló korai uzsonna kívánatos nemcsak a gyakori és nem túl bőséges étkezések szempontjából, hanem azon célból is, hogy a késő délutáni gyógyvízkúra legalább 2 órával az uzsonna elfogyasztása után következze be. Amikor 400 gr. gyógyvizet nem fekvéskor, inkább sétálva fogyasztunk el, majd egy órával később a könnyű vacsora következik, amit szerte a világon „karlsbadi vacsora”-nak neveznek: könnyű tej, étel, rizs, zabpehely, griesz, sovány, fűszertelen sajtok (Imperial, Gervais), esetleg vékony szelet-kékben fűszertelen, prágai módra készített gyógysonka. Lefekvés előtt még magtalan kompót, avagy sült alma ajánlatos, különösen obstipációval párosult esetekben, ahol az enyhe, de bőséges hatású hashajtó, a peristaltin tabletták adagolása is célszerű. A kúra második harmadában, tehát a tizedik naptól kezdve a fürdőtherapiát is elkezdjük, ezt a délelőtti órákban a legalkalmasabb közbeiktatni. A fürdők használata nagyon fontos és nem szívesen nélkülözhető kelléke az epekőbetegség gyógyvíztherapiás eljárásainak. A fürdők elrendelésénél az alabjaon kívül fennálló egyéb tünetekre is tekintettel kell lenni, mint pl. hypertoniára, adipositasra, vagy a vegetatív idegrendszer szembeeső rendellenességeire, constitutionalis tényezőkre, neurastheniára, amelyek néhány fürdőféleség ellenjavallatát képezik. Az iszap és kénes fürdők körülírt javallata mellett az epekőbaj balneoterapiájánál a két fürdőféleség, esetleg ezek kombinációja jön tekintetbe. Az egyik a hidegvízkúra, amelynek specialis procedurái a következők: a beteg először 5—10 percre egy gözszekevénybe kerül, ahol teljesen átizzad. A szekevényből kijövet nedves levegőben ú. n. csőpakkolást kap, a csővezetékben állandóan forró víz áramlik át, fölötte száraz lepedőbe pakoljuk. 20 perc után egy 30 fokos fürdőbe kerül. A vizet fokozatosan 20 fokig hűtjük, mialatt a fürdőmester enyhe masszázst alkalmaz, ami természetesen a hasat nem, csak a végtagokat és a mellkast éri. Ezt követi a zuhanykamra, ahol a váltakozó hideg és gőztusson az ú. n. skót methoduson van a hangsúly. A másik tényező a rádiumos fürdő, amelynek hatásai bámulatosak. 30 C hőfokú vízben 100.000-tól fokozatosan 300.000 Emanig felmenő 30 perc tartamú fürdőket adunk, legszívesebben a kora délutáni órákban, mert fürdő után legalább 2 óráig ágyban pihenés ajánlatos. A kúra harmadik harmadában a reggeli ivás minden esetben már járva történik, amikor is az iszapakkolási időpontját a kora délutáni órákra tesszük és az ebédet követő pihenőhöz kapcsoljuk. Ugyanakkor az elfogyasztandó gyógyvíz mennyiségét egy negyed literrel emeljük. Végül ezen harmadik periodusban alkalmazzuk a balneoterapia egy fontos eszközét, a subaqualis bélfürdőt, amit természetesen a gyógyforrás vizével végzünk, harmadnaponta reggel 30—40 liter vizet felhasználva.

Miután a balneoterapia e sematikus ismertetését felvázoltam, ezen tényezők alkalmazását a balneologiai kutatás utóbbi két évtizedének eredményei alapján meg is indokolom. Az epekőbaj gyógyításában használt hévforrások (Karlsbad, Vichy, Kissingen, Budapest: Hun-

gária-, Magda-forrás) ásványi összetétele jellegzetes. Ezek alkalikus, muriatikus és salinikus források, így főleg natriumchloridot, natriumsulfatot és natriumhydrocarbonatot tartalmaznak, emellett kisebb mennyiségben magnesiumot, calciumot, kaliumot, majd vas, cesium, rubidium, baryum nyomait. A vizek radium eman-tartalma literenkint 20—80 Mache egység között váltakozik. E hévvizek bonyolult összetételű vérhypotoniás oldatok, 30—70 C fokig terjedő hőmérséklettel. Ezek a legideálisabban disszociált sóoldatok, amelyben majd minden molekula disszociálva van. A magyar Hofmeister kutatásai bizonyították, hogy a sók a szervezet sejtjeinek életfolyamataiban mily nagy szerepet játszanak. A szervezet sejt- és szövetnedvei állandó osmotikus nyomást igyekeznek fenntartani. Wiechowszky állatkísérletei bebizonyították, hogy az ásványvizek a szervezet ionösszeállítását befolyásolják, az állatok a fehérjetáplálékot jobban kihasználják. Starkenstein az anionok jelentőségét hangsúlyozta. Ha az analysisek alapján egy gyógyforrás szintetikus összeállítását megkísérljük, e mesterséges oldat hatása Straub szerint sohasem éri el az eredetit és ennek disszociációs foka, de ionqualitásai és elektrolitikus egyensúlya sem felel meg az eredeti gyógyforrásának. Az antagonisták ionok a mesterséges oldatban kölcsönösen kicsapódnak és ezáltal a sejtek protoplasmájában nem kívánatos dysharmonikus jelenségekhez vezetnek.

Az elmúlt időkig a gyógyforrások hatékonyságát a bennük foglalt sulfat-ion choleretikus hatásával magyarázták. Stransky kutatásai azonban bebizonyították, hogy a helyzet nem így áll, mert choleretikus hatás előidézéséhez legalább tízszeres mennyiségű sulfat-ion jelenléte szükséges, mint amennyi a gyógyforrásban van. A vizek hatását inkább abban kell keresni, hogy a resorbeált sók az epét hígítják és a gyulladással járó termékeket kiöblítik, tehát anticatarrhalisan hatnak. A magasabb indirekt bilirubin-értékek a vérben könnyebben kiválasztható direkt bilirubinná változnak át és a megzavart sav-basis egyensúly előnyösen alkalikus irányban befolyásolódik. A gyógyforrásoknak a bél-működésre gyakorolt hatására és a hasi szervek vér-circulációjának regulációja közötti összefüggés kézenfekvővé teszi, hogy a máj bővebb vérrellátása az epe-elválasztás mennyiségére és minőségére kihat. Adler vizsgálatai kimutatták, hogy a máj megbetegedésekor localis acidosis keletkezik, ami a vér alkalitartalmának csökkenésével jár. A máj, amely a vér H-ionconcentrációjának állandóságát biztosítja, magával ragadja a vérből hozzá áramló H, Cl, Na, HCO₃ ionokat. A gyógyforrás-kúra alkalmazása a vérrel szemben hypotoniás oldat révén ép ezeket az ionokat biztosítja kiadós mennyiségben. Itt említem meg Straub és tanítványainak kísérleteit, amelyek szerint a bélcsatorna a természetes ásványvízből sokkal többet szív fel, mint hasonló töménységű glaubersós oldatból. A balneológiai kutatódomány művelői ép a legutóbbi években ismételt kísérletekkel bebizonyították, hogy az ásványvizek a bélcsatorna nyálkahártyáján anticatarrhalis hatást fejtenek ki, amennyiben a nyálképződés csökken, a már képződött nyál oldódik és a szövetek megnyugszanak. Ez teszi egyúttal érthetővé ugyanezen források üdvös hatását úgy a hyperaciditások, mint a hypacid gyomornál, mert a fennálló hurutos tünetek enyhülnek.

Az epeköbaj balneoterápiájának másik fontos kéléke az alkalmazott iszapborogatás, amely a belgyógyászatban háziszorként használt gumitömlőt és villanymelegítő hatásban jelentékenyen felülmúlja. A lápok és iszapok hatástényezője nemcsak egyszerű és tartósabb melegítés, hanem a benne levő különböző orga-

nikus és anorganikus anyagok resorbeálódnak s ezek kivül radioaktivitással is bírnak. A nedves meleg sokkal intenzívebbül is hat, fájdalmat csillapít, gyulladást csökkenti, izzadmányt felszív. Az iszapborogatásokat olyan forrón kell alkalmazni, ahogy csak a beteg kibírja. Kíváncsinos, hogy az egész hasbőr elsőfokú égést, foltos hyperaemiát szenvedjen. Reflektorikus úton a hasfal külső segmentumának az izgalma ugyanazon segmentum belső szerveire is áttérjed és ott hyperaemiát vált ki, így ezek motilitása is befolyásolva lesz, amiáltal ezek izgalma csökken. Ezen cutano-visceralis reflex a gerincideg útján a gerincvelő segmentumába jut, ahol a rami communicantes révén a sympathikus idegekbe futva, Bergmann, Freude és Ruhmann kísérleti úton bebizonyította, hogy a hatás nemcsak egy hyperaemián alapszik, hanem a motilitást a muscularis túlzalalom tompításával csökkenti. Kalk a hatástényezőt a forró iszapborogatások alkalmazásában az egész hasfal bőrén keletkező elsőfokú égésben találja, amennyiben ez proteintherapiás effectusokat vált ki. 10 évvel ezelőtt Eppinger, akkor még kölni klinikáján láttam, hogy pakkolásnak messze földről hozott lúp-földet használtak és ezt naponta háromszor is alkalmazták órákon keresztül. Eppinger könyvében és előadásában is kiemeli az iszapok speciális hatását és ennek főtenyezőjét az alkalmazandó borogatások súlyában is látja. A 3 kg. súlyú mór-zsák simulékony nehézséggel megfekszik a hason, így intenzívebben jut a mélyebben fekvő szervekre. Ha ugyanekkor az Eppinger által ajánlott „epe-tornát”: a mély ki- és belégzéseket is gyakoroljuk, a rekeszizom prérhatásaként a máj és epeutak szivacs módjára kiürülnek.

Fontos tényezője az epeköbaj balneoterápiájának a subaqualis bélfürdő. Brosch találmánya, amelynek leírásával itt szükségtelen foglalkozni, mert ma már közzismert. A fürdővízben végzett procedura a beteg számára sokkal kevésbé terhes, mint egy közönséges bélmosás, mert a bevezetett vízmennyiség súlyát a fürdő vize bizonyos mértékben compensálja. Ezáltal a kellemetlen mellékhatások kiküszöbölődnek, nem beszélve a hasfalak ellazulásáról. A gyógyforrás vize, amelyet a bélfürdőnél felhasználnak, elektromos vezetőképesége és magas disszociációja révén a bél nyálkahártyájára aránytalanul előnyösebb hatást fejt ki, mint a közönséges vízzel való öblítések.

Különös örömmel töltene el, ha ezen rövid alatt — ha emiatt a sok mondanivalót tömör formába is kellett öntenem, — sikerült volna a balneoterapiás eljárásoknak még mindig nagyszámú skeptikusait meggyőzni, hogy az évszázados empirikus eredményeket immár a balneologia exakt kutatásai évről-évre törvényezőre emelik, annál is inkább, mert Budapest fürdőváros gyógyforrásai és az európai nivót is túlszárnyaló fürdőberendezései nemcsak országunk sokezer betegét van hivatva gyógyítani, de méltán követelhet magának helyet a világfürdők első soraiban.

Az írónak megfelelő, fehérjedús és zsírszegény, szénhidrátokkal kiegészített, hasmenést gátló gyógytápszer a Krompecher-gyár által forgalombahozott, Hainiss prof. előírása szerint készített Maltiron. Nagy előnye a Maltironnak állandó összetétele, megbízható csíraszegénysége és tápanyagainak jó kihasználhatósága. A Maltiron-gyógytáplálék könnyű elkészítési módja lehetővé teszi intézeteken kívüli praxisban író helyett való alkalmazását, hasmenéssel járó bélmegbetegedések eseteiben. A gyár előírása szerint a Maltironból készített gyógytáplálék kalóriaértéke az anyatejével egyező, azaz deciliterenként kb. 70 kaloria. Alkalmazása azon elveknek és feltételeknek megfelelően történik, mint egyéb hasmenést csökkentő gyógytáplálékoké.

A munkásfürdők.

Írta: Pálji Márton dr.

A modern iparegészségügy egyik legfontosabb feladata, hogy megfelelő intézkedésekkel távol tartsa a dolgozóktól az üzemmel, a feldolgozásra kerülő anyaggal és a keletkező melléktermékkel kapcsolatos ártalmakat. Természetes, hogy a megfelelő egészségvédelemnek minden esetben számolnia kell az iparág sajátosságaival; más szabályok vonatkoznak pl. a nyomdaüzemre, mint a gépgyárakra, vagy a sütődékre. A különböző irányú és jellegű ártalmak azonban bizonyos egyöntetű védekezést kívánnak; ez a tisztaság minden vonatkozásban való szigorú betartása. Különösen azoktól az üzemektől kell megkövetelni a gondos tisztaságot, amelyekben mérgező sajátosságú anyagokat, így ólmot, higanyt, arsént stb. dolgoznak fel. Ha tudjuk, hogy az ólommérgezés az esetek számtalanjában azáltal jön létre, hogy a kézre tapadt mérgező sajátosságú anyag evés vagy cigarettázás közben a szájba kerül és az emésztőcsatornán keresztül felszívódik; akkor tisztában lehetünk a munkások tisztálkodásának egészségvédelmi jelentőségével.

A munkából távozó egyénnek gondosan meg kell mosakodnia; a kézre tapadt, sok esetben káros hatású anyagokat alapos tisztogatással el kell távolítani. Ez kis- és nagyobb üzemekben folyóvizet szolgáltató mosdó által valósítható meg. Joggal megkövetelhető, hogy az olyan üzemekben, ahol a test bepiszkítására bő alkalom kínálkozik, az üzem különböző helyein mosdók legyenek. Célyszerű, ha a mosdók az öltözővel kapcsolatosak és az illemhely közelében vannak.

A mosdókkal kapcsolatosan különleges kívánságokkal nem állhatunk elő. Tökéletesen mellérendelt a forma és a berendezés. Fontos, hogy a tisztítás gyorsan és könnyen mehessen végbe és hogy a csapok megfelelő magasságban legyenek, mert ez által a mosakodó nem üti meg a fejét. Nagyobb üzemekben, ahol a mosakodásnak gyorsan kell lebonyolódnia, mosdótálat helyett vályú-szerű mosdóberendezések alkalmasak.

Az olyan üzemekben, ahol a mosdóhelyiséget az épület alagsorában helyezték el, gondoskodni kell a víz visszaömlésének megakadályozásáról és a talajnedvességnek megfelelő szigeteléssel való megszüntetéséről. Ugyanezek a kívánalmak vonatkoznak a gyári-fürdőkre is.

A mosdó készülék mellett mindig legyen szappan és törölköző.

Vannak olyan egészségtelen üzemek, amelyekben nem felel meg a tökéletes tisztítás céljainak a mosdó. Az ilyen helyeken a fürdés az, amely kívánatos és alkalmazandó. A fürdés célja munkásoknál a bőrre tapadt káros anyagok eltávolítása. A fürdésre a dolgozónak azért is nagy szüksége van, mert a bőrön levő, bőven termelt faggyúrétegre gyorsan és könnyen reátapadnak a fertőző kórokozók. Számos esetben észlelték, hogy a járványok olyan ipartelegekről indultak ki, melyeknek munkásai, a munka befejezése után nem fürödtek. Különösen kívánnak téve a fertőzés veszelmének azok a munkások, akik a háziszemetet gyűjtik és osztályozzák. Az ilyen anyagokkal dolgozó munkások gondos mosakodása és alapos fürdése nem csak elsőrendű iparegészségügyi követelmény, hanem védekezés is, hogy a járványok tovább ne hurcoltassanak. Ugyanezen megállapítás vonatkoztatható a ronggyűjtő és osztályozó munkásokra. A fertőzésnek erősen kíván-

nak téve s azt tovább terjeszthetik az állati bőrökkel, szőrökkel dolgozó és azt kikészítő egyének.

A műhelyben keletkezett por veszedelmes ellensége a munkás egészségének. Fontosság és hatás szempontjából a porokat közömbös és káros csoportba oszt-hatjuk. Az elsőbe azok a porok tartoznak, amelyek csak mint idegen testek izgatják a bőrt; a másodikba pedig azok, amelyek alakjuk, kémiai hatásuk és méregtartalmuk által ártalmasan befolyásolják a szervezetet. Mindkét csoport felosztható szerves és szervetlen, illetve érc-, ásvány-, állati- és növényi porokra. Legveszedelmesebbek a szervezetre az olyan porok, amelyek felülete érdes, egyenetlen felületű. Legkevésbé veszedelmesek a simafelületűek. Fontos végül hatás szempontjából az az anyag is, amelyből a por képződik.

A por ártalmas hatását kikerülhetjük, ha a dolgozó testét fürdés által megtisztítjuk. Itt kapcsolódik a fürdéshez az iparegészségügy; itt domborodik ki az a nagyfontosságú tény, hogy a modern gyár legfontosabb egészségügyi berendezése a munkásfürdő. Reá kell mutatnom arra, hogy a fürdés ott nyer különösebb jelentőséget, ahol a munkások nem viselnek dolgozóruhát. A dolgozó-, illetőleg munkaruha viselése fontos egészségvédelmi követelmény. Legtöbb üzemben nem nélkülözhető. Magától értetődő, hogy időközönként kimosásáról gondoskodni kell.

A dolgozót érő hatások leggyorsabban, mondhatnók legszembetűnőbben a kültakarón nyilvánulnak meg. Azonban az elváltozás nemcsak a külső kémiai és fizikai tényezők abszolút következménye, hanem a kiváltásában szerepet játszanak bizonyos belső okok is. Különösen a tisztatlanság következtében fellépő ipari vonatkozású ekzémánál észlelhető, hogy a táplálkozás lefokozása, az erőbeli állapot leromlása erősen hozzájárul az ekzéma létrejöttéhez. Éppen úgy belejátszik a kielégítő tápláltság a terápiába is; a bőr jobb vérbeli ellátása okozza itt a kedvező hatást. Az ipari ekzema gyakori kiváltó oka a műhelyekben és gyárakban keletkező nagy meleg, amelynek hatását fokozza a por-képződés.

Az ipari ekzémát ipari jellegűvé az eredet, a kiváltó ok teszi. Jellegzetes, hogy az elváltozások arra a testrésze szorítkoznak, amellyel legközvetlenebbül érintkezik a káros hatású anyag. Ha vizsgáljuk a különböző iparágakhoz csatlakozó ekzémát, akkor bizonyos szabályszerűséget állapíthatunk meg. Először is leszegezhettük, hogy a bőr éppen úgy, mint a szervezet, sajátosságos ellenálló képességgel rendelkezik. Ez okozza, hogy míg sokszor aránylag gyenge szervezetű egyének kifejezett behatások közepette is mentesek a bőrelváltozásoktól, addig erős, hatalmas szervezetű egyének bőre rögtön elváltozást mutathat fel. Jellegzetes az ipari ekzéma pékeknél. Oka: a munkás híg, nedves téstáival dolgozik. Azonkívül a meleg erős izzadást indít meg, amely keveredik a felszálló lisztporral. A tisztaság betartása, a gyakori mosdás és a kéz szárassá tétele itt is a megelőző védekezés legfontosabb eszköze.

Hosszasan lehetne értekezni azokról a káros megnyilatkozásokról, amelyek az üzemben dolgozóknál a tisztatlanság következményei. Azok mellőzésével megállapíthatjuk: a gyári fürdők létesítése a korszerű munkásvédelem bevezető feladata. A gyári fürdők lehetővé teszik, hogy a munkás lemossa testéről a piszkot és tisztán, felüdülten térjen haza otthonába.

A gyári fürdő nagysága, mérete természetszerűen igazodik az üzem munkáslétszámahoz és a munka neméhez. Minél piszkosabb munkát végeznek a munkások, annál nagyobb méretűnek kell lennie a für-

dőnek. A tapasztalatok azt bizonyítják, hogy hús munkák számára elegendő egy zuhany, — ha különösen piszkos munkát nem végeznek.

Mielőtt a munkásfürdők részleteinek tárgyalásába bocsátkoznánk, meg kell állapítanunk azokat az irányelveket, amelyeket szem előtt kell tartanunk. A legfontosabb feltétel: a munkásfürdő olyan legyen, hogy a dolgozó mindig tiszta és elegendő vízhez jusson. A közös medence fürdő a célnak nem felel meg, mert nagy mennyiségű víz szükséges hozzá és gyorsan bepiszkolódik. Nélkülözhetetlen továbbá, hogy a fürdő fenntartása nagy anyagi áldozatot ne követeljen. Szükséges ezért, hogy a vízfogyasztás ne legyen tulságos; a célt azonban, a tisztítást, tökéletesen megoldja. Szem előtt kell tartanunk a fürdők berendezését is. Itt az egyszerűség uralkodik, az állandóság szemel előtt tartásával.

Mint munkásfürdő, a kádfürdő sem jöhet számításba, mert felszerelési költsége és fenntartása jelentős. Az iparegészségügy céljainak mindenben megfelel a zuhanyfürdő, mert kevés vizet fogyaszt, ugyanabban a vízben két munkás nem fürdik, kisebb épületben helyezhető el, olcsó a fenntartása és egyszerű a kezelése.

Fontos annak eldöntése: hol legyen a munkásfürdő? Legalkalmasabb, ha a fürdőt az üzem bejárata közelében helyezik el, az öltözőkkel kapcsolatosan. Szabály legyen: előbb a fürdőt vegye igénybe a munkás és tisztálkodottan, a munkaruha elhelyezése után vegye magára mindennapi öltözetét. Szem előtt tartandó, hogy a zuhany ne abban a térben legyen, ahol az öltözőszekrények, ezáltal a gőz és a nedvesség nem hatol be oda. Fontos továbbá, hogy a munkásfürdő olyan berendezéssel rendelkezzen, amelyet a dolgozónak ne kelljen irányítani; egységes helyen történjen a víz keverése. Reá kell mutatnom a munkásfürdő szellőztetésének jelentőségére. Mivel a levegő tellítve van párával, annak megszüntetéséről gondoskodni kell. Helyes mód: előlegeitett friss levegő nyomandó be kellő mennyiségben a helyiségbe, amely páratlanítja a levegőt. Az elhasznált levegő megfelelő technikai készülékkel távolítandó el, mert az ablakszellőztetés nem kielégítő.

Szem előtt kell tartani a munkásfürdő padozatát. Ne legyen csuszós, mert az esetben balesetek következhetnek be. Nem szabad farácsokat alkalmazni, mert az szálkásodik és nedvessége miatt azonkívül gombafertőzés okozója is lehet. Legcélszerűbb, ha a munkásokat facipőkkel látjuk el.

A munkásfürdőkkel kapcsolatosan reá kell mutatnom a dolgozó lábápolásának fontosságára. Nélkülözhetetlen ezért, hogy egyes üzemekben a zuhanyfürdőkkel kapcsolatosan megfelelő lábfürdőt létesítsenek.

Olyan üzemekben, amelyek mérgező sajátosságú anyagokat dolgoznak fel, ajánlatos egy egy kádfürdő felállítása is.

A gyári fürdők jelentősége, egészségügyi fontossága különös mértékben akkor bontakozik ki, ha az ipari megbetegedések statisztikáját részleteiben taglaljuk. Akkor láthatjuk, hogy csekély befektetéssel nagy számú ipari megbetegedés ellen teremthetjük meg fürdés által a megfelelő védekezési módot.

Befejezésül reá kell mutatnom arra, hogy nem elegendő a tisztálkodási lehetőség megadása, ha a dolgozókból hiányzik a tisztasági érzék. Nevelni, oktatni kell a munkásokat; meg kell világítani előttük azokat a veszedelemeket, amelyek a tisztálatlanság következményei. A propagatív munka kifejtésére az Országos Balneológiai Egyesület alkalmas és hivatott.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† *Dalmady Zoltán dr. kéziratának átdolgozásával írták: Benderek István dr. és Külley László dr.*

A mechanoterápia technikája.

Írta: Benderek István dr.

KLINIKAI RÉSZ.

A modern élettani kutatások alapján kialakult gyógymasszázs és mechanoterápia gyakorlata ugyancsak teljesen összeforrt. A mechanoterápiás gyakorlatokat masszázssal vezeti be és a masszázsnak is állandó eleme a mechanoterápia. A két gyógy mód fejlődését és szoros együttműködését a mindgyakrabban előforduló reumás, mozgásszervi betegségek segítetik elő. Ezzel párhuzamosan a többi betegség fizikális gyógyításának élettani alaja és technikája annyira fejlődött, hogy az egyes betegségeket rendszerint foglalva ismertetjük. A kórformák leírásánál kizárólag a gyógymasszázs és a mechanoterápia alkalmazhatóságát tartottuk szem előtt, ezért látszik ez a fejezet aránylag rövidnek.

Az előbb említett felfogás alapján a gyógymasszázs és a mechanoterápia együttes alkalmazását betegségenként a következő fejezetekben tárgyaljuk:

- I. A vérkeringési szervek
- II. A légzési szervek
- III. A hasi szervek
- IV. Az idegrendszer
- V. Az anyagcsere és
- VI. A mozgási szervek betegségei.

Ide tartozik még:

- VII. A gyógyszerek bevitele masszázssal útján és
- VIII. A masszázssal szerepe a betegápolásban.

I. A vérkeringési szervek betegségei.

A vérkeringés zavarainak a gyógyítása.

A vérkeringés zavarai alatt foglaljuk össze a szív és az erek betegsége folytán fellépő beteg állapotokat. Nem térünk ki az ismert tünetekre, hanem az alábbiakban soroljuk fel azokat az eseteket és gyógy módokat, melyek a mi szempontunkból jelentősek.

A mozgás, a testi munka és a masszázssal hatással van úgy az egészséges, mint a beteg ember vérkeringésére. Bár az orvosi próbálgatás már évszázadok óta alkalmazta a masszázst és az adagolt testi munkát a vérkeringési szervek gyógyítására, tudományos alapon és fejlődési lehetőséget csak most kezdenek nyerni ezek az eljárások, mikor az élettan a munkaélettani kutatások, a törvényszerű jelenségeknek új, egész sorát fedezte fel.

A gyakorlati érzékű orvosok mindig hangsúlyozták, hogy a teljesen kompenzált állapotban levő szívbeteg betegeknek bizonyos mozgást meg kell engedni és a túlzott pihenés csak ártalmas lehet. Természetes, hogy a kellően adagolt testi munka a kompenzáció megőrzéséhez és a szív tartalék erejének a növeléséhez hozzájárulhat. Más kérdés azonban az, hogy felhasználható-e a dekompenzáció megszüntetésére is? A választ megnehezíti az a körülmény, hogy a dekompenzációban csaknem mindig a szívizom megbetegedésével, vagy legalább működési képességének a csökkenésével is kell számolnunk.

Lange kutatásai azt bizonyítják, hogy az izom csak akkor hipertrófiáz, ha erőlködéssel dolgozik. A csekély megterhelés ellen dolgozó izom még akkor sem hipertrófiáz, ha szapora működése folytán az időegységre eső munka jelentékeny. Áll ez a szívre is. A szaporán, de ellenállás legyőzése nélkül dolgozó szív fala nem

erősödik meg, míg ott ahol a szívizmot érő hidraulikus nyomás az összehúzódás közben a rendesnél nagyobb, még akkor is túltengést érzünk, ha az összehúzódások gyér volta következtében az időegységre eső munka nem különbözik számottevően a rendestől. Ahoz, hogy a hipertrófia kifejlődjön, mint minden izmon úgy a szívben is a megterhelésnek bizonyos ingerküszöböt meg kell haladnia.

Ha megfelelő tornázással elérhetjük a szív adagolt megterhelését, hozzájárultunk a kompenzáció helyreállításának egyik előfeltételét jelentő hipertrófia kifejlődéséhez, illetve a szív tartalékerejének és a kompenzáció tökéletességének a fokozódásához. A siker előfeltétele az, hogy a szívizom hipertrófiára képes és az egyszerű összehúzódások nehezített munkájának elvégzésére elé erős legyen. Súlyosabb dekompenzáció a szívizom komoly tápláltsági zavarai, elfajulásai már magukban is tiltják az edzésre irányuló tornáztatást és ilyen esetekben a teljes nyugalom biztosítására kell törekednünk. Megjegyezzük, hogy a szívbetegségeket pihenés más fizikai és élettani viszonyok között történik, mint az egészséges emberé. Elég az ortopnoét, vagy bizonyos szívbetegségeket kényszerhelyzeteit megemlíteni. Az edzőgyógytorna csak akkor válik indokolttá, ha a nyugalmi kompenzáció teljes és minden remény megvan a regeneráló és a tónusfokozó képességére. A gyakorlatban a túlerőltetések, életrendi hibák, vagy interkurrens betegségek folytán beállott kistünetű, pusztán pihenésre is szűnő dekompenzációk, vagy gyógyszeres kezeléssel helyrehozott szívű betegek adják ezeknek a beavatkozásoknak az anyagát.

Az elméleti következtetést igazolta a tapasztalás is, hogy a szív erejének a helyreállítása, a hipertrófia megindítása és fokozása céljára olyan gyakorlatok alkalmaznak, melyek az egyszerű szívösszehúzódás munkáját nagyobbítják azonban anélkül, hogy a nagyobb időegységre eső szív munka számottevően növekedett volna. Olyan gyakorlatokat kell választani, melyek a vérnyomást emelik az érverés számának lényeges változása nélkül. A szívverés térfogat rendszeren némi növekedést mutat. A mozgásoknak a vérnyomásra gyakorolt hatásában nagyjában érvényes a Hasenbroeck féle szabály, mely szerint a passzív és az automatikus mozgások nem befolyásolják, vagy csökkentik míg minden figyelmet lekötő, vagy a fáradtság ellenére is folytatott mozgás a vérnyomást emeli. Mint már említettük a pulzusszám annál inkább emelkedik minél nagyobb izomtömegek dolgoznak. Ezek alapján, mint azt már az élettani részben is kifejtettük a beteg szív edzésére az ellenállási és az öngátlási gyakorlatok a legalkalmasabbak.

Az ellenállási gyakorlatok tervszerű alkalmazásán alapszik Schott rendszere, aki kézi erővel adagolt ellenállással végzett minden testrészre kiterjedő gyakorlatot. Dalmady tapasztalása szerint célszerű az eredeti előírástól eltérően a nagy testrészek mozgásával járó gyakorlatokat, így a törzshajlítást, törzsforgatást, combok mozgásait elhagyni. Súlyosabb esetekben még előnyösebben alkalmazhatók az öngátlási gyakorlatok, még pedig egyszerűen a lendület nélküli igen lassú mozgásokban véghezvitt szabadgyakorlat alakjában. A gyakorlatban az utánzásra való felszólítással végzett gyakorlatok, vagy pedig a vonallal vezetett mozgások válnak be. Az utóbbiak lényege, hogy a beteg táblára rajzolt különböző alakú görbéket követ lassú egyenletes kartörzs- és lábmozdulatokkal. Az öngátlási gyakorlatok mindig vérnyomást fokozóak, de jelen esetben, csaknem statikus izommunkával dolgozunk, sem az izomszívattyút, sem az érverésszámot nem változtatjuk

lényegesen. Az ilyen izomműködésnél a bomlási termékek mennyisége csekély, az oxigén szükséglet kevésbé nő és munkadiszpnoe igen ritkán áll be.

A gyakorlatok adagolása tapasztalati. A munkadiszpnoe korai beállása nem tiltja a gyakorlatok végzését. Már Mackensie hangsúlyozza, hogy az első gyakorlatok nehézségei ne riasszanak vissza, mert néhány kezelés alatt lényegesen javulhat a helyzet. A szívbetegségeknél a munkadiszpnoe és a munkadiszpnoe között nemcsak olyan különbség van, mint mikor egy ordináta rendszert adott értékkel eltérünk, hanem lényeges különbség is. A szívbeteg beteg munkadiszpnoe lényegében nem más, mint az egészséges emberé; a különbség a nyugalmi állapotban van; beteg embernél a vérkeringése szervek elégtelen működéséből származó nyugalmi diszpnoe is lehetséges.

Az adagolás helyessége miatt figyeljük az érverésszámot, a légzésszámot. A vérkeringés zavaraiiban szenvedő betegen a nyugalmi állapot is lassabban áll helyre, mint egészséges emberen. A szervezet befolyásolása tehát nem csak addig tart, amíg a beteget gyakoroltatjuk.

A masszázis fáradtságcsökkentő hatása szívbeteg emberen még inkább érvényesül. A masszázis alkalmazására a szívbeteg kezelésénél Eppinger hívta fel a figyelmet. Véleményünk szerint — jórészt ellentétben Eppinger véleményével — a szívbeteg masszázsa sokkal kevésbé a hajszálerek megnyitásával és így a környéki vérkör tágításával, új vérdepók teremtésével, vagy a környéki keringés élénkítésével hat. Dekompenzációban a környéki vérkör elég tág, a hajszálerek elég nagy számban vannak nyitva és hogy a masszázis egy végtag keringését végeredményben nem is élénkíti azt számos vizsgáló igazolja. (pl. bilkei Pap.) Nézetünk szerint a masszázis a hajszálerek viselkedését az újabb hajszálerek megnyílása nélkül is módosítja, aminek a bizonyítéka a Bier-féle cinóber foltok megjelenése a dörzsölés hatása alatt az idült cianózis bőrrön. A masszázis módosítja az izmot fáradtság és a hiányos oxidáció folytán beállott kolloidális folyamatait, ami kitűnik az izom keménységének és valószínűleg a víztartalmának a masszázis következtében beálló csökkenéséből. Tény, hogy a megfelelően végzett masszázis a szívbetegségeket fáradtságát és fáradékonyságát kedvezően tudja befolyásolni.

A hajszálerek működésének és az izomzat kolloidális működésének a megváltozására vezethető vissza a diurézis megindulása az ilyen kezelése hatására. Az ödémás tag az egész szervezetet érintő fáradtság érzésének a forrása (Schenk), ezt a fáradtságérzést a nem ödémás tagok rendszeres masszázsa is enyhíteni tudja.

A masszázsnak és a gyógytornának a hatása az erek tágasságára és spazmofiliájára számos javallat alapja. Egészséges emberen az erek átmérőjének és feszültségének a változása igen érzékenyen alkalmazkodik a mindenkori fizikai erőkhöz és az élettani szükségletekhez. A testhelyzetek és a gyors mozgások vért centrifugáló hatása pillanatok alatt kiegyenlítődik, nem is szólva arról, hogy a munkaszükséglet a bővebb vér-ellátással is rögtön fedeződik. Weber kísérleteiből tudjuk, hogy megerőltetés és fáradtság esetén még az egészséges ember erei is reagálhatnak paradox módon érzéssel, a dolgozó tagon. Az erek hibás alkalmazkodása az izomműködéshez magyarázza számos betegség (például a dysbasia intermittens) jellegzetes tüneteit. Úgy az egészséges, mint a beteg emberen érvényesül az a szabály, hogy a konszenzuális reakció, vagyis a csatlakozás más dolgozó tagok értágulásához legyőzi a paradox érzéskülést. A Weber-féle élettani paradox

érszükülés megszűnik más végtag tornáztatásával és a dysbasiás beteg rohamát enyhíti.

Az angina is minden valószínűség szerint az érrendszer hibás működésében találja magyarázatát. *Wenkenbach* mutatott rá, hogy az angina tünetei megmagyarázhatók azzal a feltevessel, hogy a környéki érrendszer alkalmazkodása a testi munkát végző szervezethez megkésett, vagy tulságosan lassú. Már *Heberden* tudta, hogy az anginás beteg igen lassú, óvatos mozgásokkal legyőzheti, megtörheti a rohamot, esetleg meg is előzheti a roham kitörését. Tapasztalás szerint a hosszú időn át történő rendszeres masszázs kedvező hatással van az anginás betegekre és nem kevésbé hasznosak az igen lassan fokozott öngátlási gyakorlatokkal kezdődő tornagyakorlatok.

Az elmondottakban sehol sem találkozunk azzal az ismert élettani felfogással, hogy az izomműködés a visszér vérkeringés elősegítője. Megállapítható, hogy az izommunkának a vér visszaáramlását elősegítő hatása csak akkor támogatja a szívet, ha az érverésszám és a szivveréstér fogat nyomban beálló emelésével fokozott viszeres vér-kinálatot elfogadni és továbbítani képes.

Éppen így vitathatjuk a légzési szívűködést segítő szerepet is. Mély lélekzetvételek ajánlásának csak akkor van jogosultsága, ha körülírt tüdőbeli vérpangások lehetőségével állunk szemben, így a rekeszizmokkal alig dolgozó felületesen légző hanyattfekvő gyöngye vérkeringésű betegnél. Ilyenkor esetleg még a belégzés nehezítésének is lehet értelme. (*Kuhnt* álarc.)

Szívbetegségek kezelésében a légzési gyakorlatoknak azok az alakjai létjogosultak, melyek a kilégzést könnyítik. Kezdve a kilégzés rendszeres gyakorlatától a kilégzést támogató gépekig a fizioterápiás eljárások azt a célt szolgálják, hogy a tüdő kiürüljön mert csak így lehet remény arra, hogy a következő belégzéssel az alveoláris levegőt tényleg felfrissíthetik. Fontos a kilégzést szolgáló izomzat kiadós működése, ami megfelelő gyakorlat nélkül nem sikerülhet. Dekompenzáció és nyugalmi dyspnoe esetében mély kilégzésre és nem mély sóhajtásokra kell a beteget felszólítani.

A fizioterápiás gyógytényezők között sok olyan van, mely a szívre betegség esetén kedvező lehet. Élettanilag a testi munka egyike a szervezeti működéseknek, mely a vérkeringési szervek működésével a szív erősítésére felhasználható.

A masszázst és a gyógytornát ezekben az esetekben éppen úgy kell adagolnunk, mint más gyógyszert. A helyes adagolás indikátora mindig a szívűködés, az érverés, a vérnyomás, valamint a légzésszám. A kezelésre általános szabályt nem lehet felállítani, mert az adagolás mindig a beteg reakciójától függ (éppen úgy, mint a digitális adagolásánál). Inkább csak a sorrendet írjuk le, ahogy az egyes kezelések követik egymást. Eleinte enyhébb, majd erőteljesebb általános masszázst rendelünk. Mindég ügyeljünk, hogy a masször szem előtt tartsa az erek lefutását és az ezzel kapcsolatos mozdulatok elősegítsék a vérkeringést. Később passzív, majd aktív géptornát végez a beteg. Ha ezeket jól bírja ellenállási gyakorlatokat végeztetünk. Gépek heiyett sétát, lejtőn, lépcsőnjárást, könnyű szabadgyakorlatokat rendelünk. Egyes gyógyhelyeken erre a célra különböző fokú lejtős sétányokat építenek.

A helyi vérkeringési zavarok fizikális kezelése az úgynevezett értornák már inkább a vizgyógyászati kezelésekhez tartoznak, de azért természetesen masszázst is rendelhetünk.

A fizikális kezeléseket mindig a gyógyszeres kúra befejezése után, vagy legalább is a gyógyszeres kezelés későbbi szakában tanácsos kezdeni.

A hiperémiás fejfájások kezelése.

A nyakon végzett mechanoterápiás kezelések egy része nem is a kezelés alá vett területnek a szarveit akarja befolyásolni, hanem távolhatásokat céloz. Így a simításokkal a fej és az arc vérbőségét, a Naegeli-féle fogásokkal a vérkeringést és esetleg a bolygóidegett befolyásolhatjuk. A dolog helyes megértésére és bírálása céljából meg kell jegyeznünk, hogy a nyak általános simításával majdnem mindig depletorikus hatást ékárunk elérni és a fejben uralkodó vérpangást, különösen a viszeres vérbőséget akarjuk csökkenteni. A vena jugularis közvetlenül hozzáférhető és kiürülését elősegítve, befolyásoljuk az egész koponya, arc és az agy viszeres vérkeringését. A hatás igen kifejezett, ezért vigyáznunk kell, mert a túl hosszú ideig végzett simítás szédülést esetleg ájulást is okozhat. Jó eredményt látunk ezektől a kezelésektől hiperémiás fejfájások esetében, amilyenek például az érelmeszesedést, a klimaxot, a tulságos felhevülést, a napszurást, a migrént és néhány mérgezést szoktak követni. Ajánlották bizonyos szemfűl-orr- és a melléküregek betegségeinek a kezelésére, még pedig indokoltan.

Az érelmeszesedés kezelése.

Az idős emberek fáradtságérzései, fáradékonysága és gyakori tagfájdalmak kedvezően befolyásolhatók masszázzsal. A megfelelően végzett masszázs a környéki vérrellátást kedvezően befolyásolja. A beteg egyéniségéhez mért általános masszázst végeztetünk. A betegség éppugy szükségessé teszi a különböző technika alkalmazását, mint a beteg egyénisége. Az orvos és a masször ügyességén mulik a fogások minőségének, erősségének, a kezelés gyakoriságának és tartamának helyes megválasztása. Egyes szerzők hipertónia esetén is massziroztatnak, sőt különböző elgondolások alapján a has masszázstól is jó eredményt vélnek látni.

A szívmasszázs.

A mellkas masszázsanak különálló része a szív masszázsa. A szívtájék megfelelő mechanikai ingerlése fokozza a szív tónusát, a szivverést rendesen gyérebbe erőteljesebbé és ritmusossá teszi. A szívűködés ideges zavarai gyakran meglepően jól reagálnak a beavatkozásra, használható még az érelmeszesedéses eredetű zavarokat kísérő kellemetlen érzések enyhítésére és megszüntetésére. (*Huchard, Cautriü, Heitler, Merklein.*) Nagy szívgyöngöseség, a szívburok heveny betegségei, az aneurizma gyanuja tiltja az alkalmazását.

Francia kórházakban súlyos inkompenzált viciumok, vesenyulladások és szívburok összenövésai eseteiben is alkalmazzák néha a szívmasszázst, de nem valami szembetűnő sikerrel.

A szívmasszázs alkalmazása megkisérelhető kollapszus idején is, akkor is ha mérgek idézték elő (kloroform, alkohol).

(Folytatjuk).

Bronchitis, laryngitis, pharyngitis, pertussis, pneumonia, broncho-pneumonia eseteiben biztos hatású az *Expectin* cseppek. Egy üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Végyészeti Laboratorium, Budapest, VI., Teréz körút 27.

Felhívjuk az igen tisztelt Kolléga Urak figyelmét az *Asthmacurin* praeparatumokra (sec. dr. Glück). Tabletta kétféle erősségben készül; mite: nappali használatra; forte: éjszakai használatra. Enyhébb dyspnoek esetében az *Asthmacurin* cigaretta mint expectorans hat. Hideg porlasztásra dyspnoek ellen *Asthmacurin* inhalatiót ajánlunk. Imminens rohamok ellen *Asthmacurin* injectio (adrenalin-papaverin).

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Pneumococcus pneumonia kezelése sulfapyridinnel. *Filippin, Lochword, stb.* (Journ. Amer. Med. Ass. 1939. 112. köt. 529. old.) A szerzők 100 sulfapyridinnel kezelt esetről számolnak be. Összesen négy eset végződött halálosan, ezek közül is háromban a III. típusú pneumococcus volt a kórokozó. Az adagolást 2 grammal kezdték és azután négyóránként 1 grammot adtak, összesen 25 gr.-t. Ha a kezelés kezdetén a pneumonia több mint 5 napja állott fenn, összesen csak 12 gr.-t adtak. A szer hatására a láz 24 órán belül kritikusan leesik. A szer toxikus hatásai (nausea, hányás, exanthemák, leukopenia, anaemia) ritkán jelentkeznek. (B. 20.)

Rékai Pál dr.

Serumfehérje-meghatározások májbajokban. *Butt, Snell, Keys.* (Arch. Int. Med. 1939. 3. köt. 143. old.) A szerzők 23 májcirrhosisos betegen meghatározták a serumfehérje tartalmát és colloid osmosis nyomását. A colloid osmosis nyomás minden esetben csökkent volt, hasonlóképpen csökkent volt a serum albumintartalma, míg az összfehérje mennyisége a normális határokon belül mozgott. Azt találták továbbá, hogy a colloid osmosis nyomás csökkenése egyenes arányban van a májműködés kiesésének fokával. (B. 21.)

Rékai Pál dr.

Hyperchrom anaemiák különleges alakjai. *Möschl, Hermann.* (W. Klin. Wschr. 1939. 16. sz.) Összefoglaló cikk a bécsi I. Belklinikán az utolsó 10 évben előfordult anaemia perniciosus betegekről. Kiemeli és részletesen ismerteti azokat az eseteket, amelyekben kétségtelenül valamely előzetes betegség tekintendő az anaemia perniciosus okául. Így 2 esetben lues, 1 vérhas, 1 gyomorfekély, 1 pylorus-sigma fistula, 1 gyomorpolypp, több esetben pedig gyomorrák is szerepelt mint kiváltó ok. Hogy nem a két betegség véletlen találkozásáról van szó, bizonyítja az, hogy az alapbetegség kezelésére (antilueses kúra, gastro-entero anastomosis, stb.) az anaemia is többnyire meggyógyult. Mindazonáltal az említett betegségeket egyik esetben sem tekinti az anaemia perniciosus okául, azok csak kiváltó factorként szerepeltek erre disponált embereken. (B. 22.)

Horváth Imre dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: Prochnow Ferenc és ifj. Verebélj Tibor.

Az intrathoracalis lipomáról. *Fulde.* (Dtsch. Z. Chir. 251. k. 3—4. f.) A Sauerbruch-kilinikáról ismert 4 intrathoracalis lipoma esetet. Ezek közül 2 intrathoracalis (mediastinalis), 2 pedig extra és intrathoracalis elhelyeződésű volt. Mind a négyet műtéttel távolították el, 3 gyógyult, 1 meghalt. Az irodalomban is közölt 36 esethez hozzáfűzve eseteit, a következő megállapításokra jut. A 4 közül 23 csak intrathoracalis volt. Inkább a férfiak betegsége, 40 és 60 év között. Leggyakrabban az első mediastinumban ülnek. Nagyságuk, alakjuk, összetételük nem különbözik más testtájékok lipomáitól. Az esetek $\frac{1}{3}$ -ában alig volt panaszuk, mások sokáig szenvednek. Tünetei: cyanosis, oedema, szegycsont szegézis, szívdobogás, stb. Általában nem gondolnak éppen lipomára, a diagnosis sarkoma, struma, cysta, echinococcus szokott lenni. A mellkasi szervek nyomása miatt komoly prognoszt nyújt. Gyógyítása csak műtéti lehet. A mediastinalis intrathoracalis lipomák műtéti eredményei rosszak; eddig csak kettő gyógyult. A pleura megnyitása ugyanis nagyon súlyos szövödmény. Az extra- és intrathoracalis lipomák 16 operált esete közül 12 gyógyult. Oka: a korai diagnosis és a könnyebb műtéti feltárás. (P. 25.)

Szandtner György dr.

Az empyemák kezelésének kérdéséhez. *Sarafoff.* (Arch. Klin. Chir. 194. k. 2—4. f.) A heveny tüdőgyulladások utáni empyemák kezelését 5 esetben *Graf* szerint végzi két ülésben: az első ülésben zártan szádolja a pleuraüreget, úgy, hogy bordaresectio után dohányszacskó varratot helyez a fali pleurába és a környező izomszövetbe, majd kis nyíláson át a pleuraürebe dugva a folyadékot tartalmazó gummicsovét, e felett a dohányszacskó varratot összehúzza; a gummicsovét vége folyadékot tartalmazó üregbe kerül. 10 nap múlva, amikor a

tüdő tágulásával párhuzamosan kiürül a geny legnagyobb része, nyílt sondázást végez. Így mindig elkerüli a holt üregek képződését. A hibásan kezelt empyemák utáni holt üregek 7 esetében *Heller* szerint járt el. Ennek technikája nagyjából megegyezik *Schede* eljárásával, azzal a különbséggel, hogy a kérges mellhártya azon részleteit, amelyben az erek és idegek futnak, megkíméli. Így elkerülhető mindig a skoliosis, mellkaselferdülés, a hasizmok bénulása. (P. 16.)

Tury László dr.

A centralis depressióval szövődött sípcsontfej törések műtéti kezelése. *Lichtenauer.* (Dtsch. Z. Chir. 251. k. 1—2. f.) Ha a sípcsontfejtörések nem reponálhatók teljesen, műtétet végeznek *Lehmann* szerint. A sípcsont fejének repedéséhez társuló centralis depressiót képviselő, izületi felszínnel borított csontdarabkát kiemelik és harántirányban kétszeresen összedrótozzák a tibia condylusaival, úgy hogy a drótokat a lateralis és medialis condylusra helyezett 10 filléres nagyságú acéllemezre támaszkodnak. Ezután functionális kezelés. A késői eredmények is jók. (P. 26.)

Simon Lajos dr.

A kétoldali emlőrákról. *Gjankovic.* (Arch. Klin. Chir. 194. k. 2—4. f.) A zágrábi klinika 227 emlőrák esete közül 12 esetben fordult elő a rák mindkét oldalon, még pedig 9 esetben 38 nap—16 hónapon belül az egyik emlő műtete után, a 3 másik esetben radicalis műtét nem történt. Csak 1 esetben keletkezett a rák mindkét emlőben. A szerző megállapításai szerint eseteiben az egyidejű, vagy később keletkezett emlőrákok tulajdonképpen áttételek. Ezt megerősítette az a lelet, hogy a már operált oldalon egyidejűleg a hegben, vagy máshol helyi kiújulások voltak megállapíthatók. Szerinte csak akkor mondható elsőlegesnek a másik oldalon keletkező rák, ha az egyik oldalon végzett radicalis műtét után sok évre terjedő gyógyulás következett be. A kétoldali emlőrák prognosisa rossz, különösen, ha a már operált oldalon is kiújulások vannak. (P. 24.)

Pongrácz Ferenc dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Batizfalvy János és Horváth Kornél.

Petefészekdaganatok eltávolításának javallatai a terhesség alatt. *Portes és Varangot.* (Gyn. et. Obst. 1939. 39. 99.) A terhesség alatt kórismézett petefészekdaganatokat a klinikusok nagy része megoperálja a később bekövetkező esetleges szövödmények megelőzése céljából. Kétségtelen, hogy a petefészektömlők a terhesség alatt súlyos szövödményeket okozhatnak, de gyakori előfordulásuk és az, hogy eltávolításuk a terhesség további sorsát bizonytalanná teszi, megnehezíti a műtéti javallat felállítását. A terhességi sárgatest hatása a terhesség fennmaradására még nincs teljesen tisztázva. Az állatkísérletek azt mutatják, hogy egyes fajokban (nyúl, egér, patkány, kecske, tehén) a sárgatest épségbenmaradása feltétlenül szükséges a terhesség egész ideje alatt. Másokban (kutya, macska, tengerimalac) a sárgatest épségbenmaradása csak egészen rövid ideig, a terhesség elején szükséges és később semmi hatása nincs a terhesség lefolyására. Egyes klinikai megfigyelések szerint embernél is így van. A terhesség első hónapjaiban végzett kétoldali petefészekkiirtás után vetelés csak kis százalékban következik be. Ezzel szemben *Wilson* azt tapasztalta, hogy ha az eltávolított petefészekben megtalálta a terhességi sárgatestet, a terhesség legkésőbb 15 nap múlva megszakadt; ha pedig műtét alkalmával a terhességi sárgatestet nem távolította el, a terhesség megmaradt. Úgy látszik, hogy a progesteron a terhesség megmaradásához feltétlenül szükséges. A progesteront a terhesség elején a sárgatest, később pedig a lepény termeli. A lepény hormontermelése változó időpontban indul meg és ezzel magyarázható, hogy a terhesség első hónapjaiban végzett kétoldali petefészekkiirtás mellett is megmaradhat a terhesség. Tekintve, hogy adott esetben nem tudhatjuk, hogy a lepény megkezdte-e a progesteron-termelést vagy sem, úgy kell vennünk, hogy a sárgatest feltétlenül szükséges a terhesség megmaradásához. Tehát a petefészektömlőt csak akkor operáljuk, ha feltétlenül szükséges. Műtét esetén igyekezzünk a sárgatestet megtartani és ha ez nem lehetséges, hosszú időn át nagy adag sárgatesthormont adjunk a betegnek. (B. 40.)

Cserényi László dr.

A vér acetone és tejsavtöménységének vizsgálata szülés közben s jelentősége a méh motorismusában. *Winkler és*

Hebeler. (Arch. Gyn. 1939. 64. 168.) A vér ketontestjeinek szintje a terhességben a rendes érték felső határán áll. Szülés alatt az értékek emelkednek és csúcspontjukat a kitolási szakban elérve, a lepényi szakban 2–3 óra alatt jelentősen alászállnak. Az emelkedést a terhesség és szülés alatti belső elválasztásos változások magyarázzák. Kiváltó oka az, hogy a tüdő csökkent szellőzése miatt fájás közben, de főként a kitolási szakban élenyhiány van. A gyermekágy 4–6. napjain az acetonszint rendes és kisebb értéket mutat, mint a terhesség folyamán. Különleges esetek azok, ahol a szülés kezdetén magas ketontestértékek mutatkoznak. Ez esetekben a klinikai kép alapján úgy látszik, hogy a májban glikogenhiány van s ilyenkor kiváló hatású a szőlőcukor. Kísérletes vizsgálatainkban továbbelő terhes és nem terhes tengerimalac méhekre a Ringer-oldathoz adott nagy adag acetont és tejsav bénítólag hatott. Rendes esetekben talált acetontöménység mind a terhes, mind a nem terhes méhre hatástalan volt. A tejsavszint a szülés előrehaladásával emelkedik, csúcspontját a kitolási szakban éri el. Lényegileg a végbement szülési munka értékmérője. (B. 42.)

Kováts Károly dr.

A méh alsó szakaszának kirekesztésével végzett császármetszések eredményei. Digonnet. (Gyn. et. Obst. 1939. 39. 105.) A Jeannin-féle műtétet fertőzött esetekben végzik. Célja egyrészt, hogy a fertőzött magzatviznek a szabad hasüregbe jutását megakadályozza, másrészt, hogy a műtét területéről kiinduló másodlagos hashártyagyulladás lehetetlenné tegye. A műtét lényege a következő: a méhet borító hashártyát és a fali hashártyát összevarrja és a nagy hasüregtől ilymódon elkülönített alsó szakaszon hosszanti metszést ejt. A méhsebet két rétegben zárja, eléje Mikulicz-draint helyez, mely fölött a fasciát és a bőrt egyesíti. A draint a 3. és 7. napon távolítja el. Szerző a műtétet mindig fertőzött, lázas esetekben végezte; a magzatviz régóta elfolyt, gyakran bűzös is volt. A medencészüket olyan kistokú volt, hogy vagy nem ismerték fel, vagy felismerték ugyan, de adott körülmények között rendes szülés volt várható. Csaknem minden esetben fájásgyengeség és a tárgulási szak elhúzódása állott fenn. A műtétet 14 esetben végezte, melyből egy anyát és 1 magzatot veszített el. 8 esetben a gyermekágy rendes lefolyású volt. 2 esetben lázas, de súlyosabb szövödmény nélküli, 3 esetben pedig súlyos szövödményekkel járt. A Jeannin-féle műtét a méhkiirtással szemben nem zárja ki ugyan a méhből kiinduló általános fertőzés veszélyét, viszont nem fosztja meg a beteget az újabb teherbejutás lehetőségétől. (B. 43.)

Cserényi László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Mecholyl és prostigmin zöldhályogban. Clarke. (Amer. J. Ophth. 1939. 3.) A glaukoma elleni szerek hatástani ismertetése. Rohamban (heveny gl.) 20% Merck-féle mecholyl (acetyl. beta. methylcholin) és 5% Roche-féle prostigmin becséppentést ajánl tízpercenként hét ízben. Ha a nyomás nem száll le, úgy 1 ccm. 2.5% mecholylt ad retrobulbarisan, 2% novocainban oldva. Ez 20 percen belül leszállyítja a szemnyomást; így a műtét veszélytelenebbül végezhető el. Idült esetben 10% mecholyl és 3% prostigmin használandó (utóbbit 0.5% eserinnel pótolja). A mecholyl erős miotikum; azonnal nagy vérbőséget okoz a szem vérrendszerében. Befecskendezését követő általános reakciók (vérmegsérülés, stb.) atropinnal megszüntethetők; 1–3 cg.-os adag mellett nem jelentkeznek. A prostigmin állandóbb vegyület az eserinnél és erősebb pupillaszűkítő; kevésbé mérgező (hányás) és ezért töményebben használható. A két szer lényeges lépést jelent a heveny és félheveny zöldhályog tera- piájában (lásd O. H. 1937. 52.). (G. 40.)

Grósz István dr.

Gonoblenorrhoea sulfamidkezelése. Bower és Frank. (Amer. J. Ophth. 1939. 3.) 21 esetből 18 sikeres kezelés; átlag a 2-ik napon negatív bakteriologiai lelet (azelőtt 20-ik napon). A helyi kezelés 10 napot vett igénybe, míg régebben 27 napot. Valamennyi eset szarufolyamat nélkül véget ért fel. 3 esetben sikertelen (koraszülött csecsemők!). Adagolás: naponta belsőleg 0.9 gr. (10 kg. testsúly, hat részletben). A vérben a sulfamid-tűköt 5 mg%-os felett maradjon. A kezdeti adag az első negatív lelet után 3 nap alatt leszállyítandó annak egyharmadára, s folytatandó egy hétig a visszaesés meggátolására. (Lásd O. H. 1938. 43.) (G. 39.)

Grósz István dr.

D-vitamin keratoconus ellen. Knapp. (Amer. J. Ophth. 1939. 3.) Blackberggel együtt D-vitamin- és mészszegevényen tartott állatokon szarukúpot hozott létre. 11 betegének D-vitamint (viosterol), calciumot és foszfort nyújtott (Mineral Mixture Tablet). Minden esetben subjectív és objectív javulás következett be; ezt lenyomatok készítésével bizonyította. (Az állapot az érintkező kagyló abszolút javallatát jelenti; ez az előrehaladást is megakadályozza. Ref.) (G. 38.)

Grósz István dr.

Sulfamid kimutatása a könnyben, csarnokvízben és üvegtestben. Venco. (Ann. Ottalm. stb. 1939. 1.) Sulfamid-készítményekkel kezelt egyének könnyéből, ill. etetett házi-nyulak csarnokvizéből és üvegtestjéből enyhe rózsaszínt adó diazoreakcióval (egy-egy csepp 5%-os kén- és 2%-os sósavoldat, majd három csepp β -naftol lúgos oldata hozzáadásával) sikerült kimutatni a sulfamidot. (G. 44.)

Fésüs Andor dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Csecsemők és gyermekek pneumococcus fertőzésének kezelése sulfapyridinnel. Barnett, Hartmann, stb. (Journ. Amer. Med. Ass. 1939. 112. köt. 518. o.) A sulfapyridin az aminobenzolsulfamidtól csak annyiban tér el, hogy egy H-atomot a basikus pyridin-csoport helyettesít. A szerzők 80 esetben igen jó eredménnyel alkalmazták a szert. Az adagolást 2 grammal kezdték és azután négyóránként 1 grammot adtak. Ha az első 36 órában határozott javulást nem észleltek, specifikus serumot is adtak a betegnek. Újabbban a szer nátriumsóját adják 2%-os oldatban, végbelen át. A szer ritkán methaemoglobinaemiát okozott, ami intravenásan adott methylenkékkel jól volt megszüntethető. (B. 19.)

Rékai Pál dr.

A veleszületett szívsvénydefectusról. Frank és Bene. (Arch. f. Khk. 114. 4.) Vizsgálataik eredményét a következők foglalják össze. Fontos hallgatózási tünet, melyet már Roger is leírt, a hangos systolés zöreje, mely b. o. parasternalisan a II. vagy III. bordaközben hallható. Másik fontos tünetként hangsúlyozzák azt, hogy a zöreje a carotisokra nem vetődik, ellenben a hátán jól hallható és fontos tünet ezenkívül a pulm. II. ékeltebb volta. Az elektrokardiographiás vizsgálatok alkalmával 8 eset közül 6-ban azt találták, hogy az átvezetési idő meghosszabbodott és gyakran találtak utalást intraventricularis vezetési zavarokra is, amelynek fontosságára ezekben az esetekben különösen felhívják a figyelmet. (K. 43.)

Wirth József dr.

Klinikai, aetiológiai és therapiás tanulmány a mongolizmusról. Lereboullet. (Nourisson. 1938. 4.) A mongolismust a tipikus arc és a szellemi visszamaradottság jellemzi. A szellemi defectus fontosabb, mint az arc elváltozása és nehezebben befolyásolható. Ok: csíraátalomban, amely a szülők betegségeihez kapcsolódik: syphilis, idegbajok (organikus vagy functionalis), gyakori terhesség utáni fáradtság, idős szülők. Ez a csíraátalomban accidentalis, több terhességnél nem szerepel, sőt a kétetéjű iker-terhesség esetén csak az egyik magzatot érinti. A kezelés nem sok sikerrel jár. Növekedés fokozására adható: phosphor, calcium, jód, vas, vitaminok; thyreoidea-thymus az endokrin-zavarok miatt. Nyugtalan- ság miatt luminal. Amennyiben syphilis kimutatható, annak kezelése. Legtöbbet még a neveléssel érhetünk el. (K. 42.)

Kulcsár Margit dr.

Bakterium enteritidis Gärtner okozta genyedegek. Böhn. (Arch. f. Khk. 115. 3.) Bac. enteritidis Gärtner okozta meningitis és osteomyelitis 1–1 esetét közli. A meningitis eset gyors lefolyású, halállal végződő betegség. Az osteomyelitis gyógyult. (K. 53.)

Teveli Zoltán dr.

A lipid anyagcsere változása akut infectiók kapcsán a gyermekkorban. Stoesser. (Amer. Journ. Dis. Childr. 56. 6.) 42 akut catarrhalis infectióban szenvedő gyermekben vizsgálta az infectio hatását a serum lipidokra. Azt találta, hogy a cholesterin minden esetben jelentékenyen csökkent s ez a csökkenés kizárólag a kötött cholesterinre vonatkozott, míg a szabad cholesterin az infectio hatására változást alig mutatott. A zsírsavak mennyisége szintén csökkent az infectio tartama alatt. Ezt a csökkenést elsősorban a telítetlen zsírsavak megfogyása idézte elő, míg a telített zsírsavak csak

jóval kisebb változást mutattak. Ugyancsak a normalisnál alacsonyabb értéket talált a lipoid phosphor-fractióban is a lázas szakban. Mindezek a változások az infectio elmúltával eltűntek s az emiatti anyagok mind a normalis értékre emelkedtek. (K. 46.)

Geldrich János dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

„Infantilis” kisujj, mint a veleszületett vérbaj jele. (Annales des mal. vener. 1939. 1.) Szerző 1926-ban írta le először ezt az elváltozást, mint heredosyphiles stigmát, melynél rendszerint mind a két kisujj a normálisnál jóval rövidebb. Az elváltozás nemcsak magát a kisujjat illeti, hanem mint azt Hissard röntgenvizsgálattal bebizonyította, többnyire a megfelelő kéz-középcsont atrophijával jár. Az elváltozás rendszerint együtt jár a többi classikus heredosyphiles jellel, lehet azonban az egyedüli stigma is, mint az a most közölt esetben fordult elő. A vérben a Wassermann-vizsgálat pozitív eredményt adott. (Sz. 50.)

Károlyi István dr.

Kísérleti adatok a vasomotoros reactio helyi mechanizmusának megvilágítására. I. S. Mühlmann és A. D. Krytchall. (Ann. Derm. et Syph. 1939. 1.) A Claude-Bernard-féle érszűkítő és értágító kettős érbeidegzés tanával szemben a vasomotoros reakciók az erek falaiban végbemenő humoralis ingerre keletkeznek. A dermatographismus (erőművi- vagy fizikai ingerre keletkezik) három részből áll: pirból, vizenyőből és a reflex-pirból. A szerzők erőművi-, sugaras ingerrel, továbbá galván- és farád-árammal ingerelték a bőrt; a vérsavót a kísérleti egyének bőrébe az ingerlés előtt és után fecskendezték be. A keletkezett vízgöb átmérőjét és magasságát a befecskendezést követő 10 perc múlva határozták meg és úgy találták, hogy úgy a vízgöb, valamint a körülötte levő pir is nagyobb az ingerlés után vett vérsavóval. A bőr ingerlésekor valószínűleg egy histaminhoz hasonló anyag keletkezik, ami a keringő vérbe kerülve vizenyőt és pirt okoz, amint az az erekre és hajszálerekre hat. (Sz. 35.)

Nagy József dr.

Az emberi bőr chlorid-tartalma. R. Volk és P. Fantl. (Dermatologica. 1939 79. 91.) A konyhasószegény étrend lupusra gyakorolt jó hatásából kiindulva vizsgálja a bőr chlorid-tartalmát konyhasószegény étrend mellett. Mivel a szervezetben más feladata van a chlor- és más a nartium-ionnak, külön Na és külön Cl meghatározásokat végeztek. Az eddigi vizsgálatok hibája, hogy a műtétet nyert bőrből a zsírt zsírolószerekkel igen körülményesen és mégsem tökéletesen távolították el. Ezért szerzők fagyaszttással érzéstelenített Thiersch módszerével eltávolított bőrrészlettel végezték kísérleteiket. Vizsgálataik szerint sószegény étrend mellett a csökkent chloridbevitel ellenére a bőr szigorúan megtartja normal chlorid-tartalmát, mégpedig az osmotikus egyensúly fenntartása céljából. Anatomiailag hasonló bőrrészletek hasonlóan viselkednek. Nyulak bőrének és csontjának chloridtartalma bő natriumchlorid-oldat befecskendezésekre is változatlan marad. 1% konyhasóoldatban tartott béka bőrének chloridtartalma 70%-al emelkedik. (Sz. 49.)

Sipos Károly dr.

A mykosis fungoides típusairól. P. Berggreen. (Arch. f. Derm. 178.5.) 48 eset kapcsán a következő klinikai típusokat különbözteti meg: leggyakoribb az Alibert-Bazin által leírt kép, melyben 3 stádium követi egymást. Az elsőben erythemák, seborrhoea congestiva-szerű képek a leggyakoribbak. A tünetekre jellemző a gyors változékonyság és a recidivákra való hajlam, melyek mind gyakrabban jelentkeznek. Az erythemás plaqueok lassan beszűrődnek, gyrlandszerű rajzokat vesznek fel. Ezek az elváltozások már korán típusosan jelentkeznek a kereszt-tájon, míg a tenyerek és talpak szabadon maradnak. Szinte észrevétlenül megy át ez az állapot a daganatok felé, melyek mind nagyobb számban lépnek fel, később kifeléyesednek és másodlagosan fertőződnek, míg a beteg cachexiában vagy intercurrents megbetegedésben elpusztul. A lefolyás rendkívül gyors is lehet, mint azt a szerzőnek kétszer volt alkalma észlelni. Kb. 10–15%-ban erythrodermia is vezetheti be a kórképet, mely idővel a kórra jellemző szövettani elváltozásokat mutat. Az összetartozást a kórképpel a későbbben fellépő daganatok bizonyítják. Az m. f. d'emblee (Vidal-Brocq) látszólag ép bőrterületen tumorral kezdődik.

A *typus inversus*ban a praemycotikus jelenségek utólag jelentkeznek. Kezdetben rosszindulatú daganatoktól, különösen sarcomáktól nehéz az elhatárolása. Előfordul, hogy a praemycotikus jelenségek alig észrevehetőek és gyors lefolyás mellett ezek az esetek összetévesztésre adnak alkalmat a d'emblee formákkal. Egy esetben a beszűrődések pityriasis lichenoides képében jelentkeztek és hálózatos bőrsorvadás maradt nyomukban. Másor pityriasis rubra pilarishoz hasonló kép állott fenn. Nyálkahártyák és nyirokcsomók gyakran mutatnak elváltozásokat, míg a vérképre egyedül az eosinophilia jellemző, mely azonban a cachexiában eltűnik. A fehérvérsejtszám a tumorok beolvadásától és esetleges másodlagos fertőzésektől függ elsősorban. A szerző végül a belső elváltozások közül kiemeli az általa észlelt pleuralis és ideg elhelyeződést, mint ritkaságokat. Mint halálok, leggyakrabban orbán, pneumonia, septicæmia, áttéti genyvedések és szövödmények fordulnak elő. (Sz. 45.)

ifj. Nékám Lajos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Les Explorations fonctionnelles. Noël Fiessinger. (Masset Cie, Paris VI. 1937. 430 old. Ára. 70 fr.) Hogy megértsük ennek az alapos kritikával megírt munkának célját és megírásának szükségességét, elég, ha első fejezetében mottóját felhasználva Claude Bernard-gondolatot idézzük:

„Az empyriás orvostudomány és a kísérleti orvostudomány egyáltalán nem összeférhetetlen. Ellenkezőleg elválaszthatatlanok egymástól.” Ezt a gondolatot akarja szerző könyvében megvalósítani, amikor az egyes szervek működése vizsgálatának menetét és az egyes vizsgálati módszerek értékét méltatja. A könyv 26 fejezete közül különösen azokat tarthatjuk kíválóknak, amelyekkel, mint önálló problémákkal a szerző és iskolája behatóbban foglalkozott. Itt elsősorban a gyomor- és bélrendszer, a vese, a pankreas és a májfunctió vizsgálatokról írt fejezetekre gondolunk. Fiessinger kutatásainak terrenumára, amelyek igazán alapos és gondos kritikával megírt részek. Sok kívánnivalót hagynak maguk után, azonban különösen a mellékvese, a hypophysis és a vegetatív idegrendszer vizsgálatára vonatkozó részek. Ugyancsak kimerítetlennek találjuk a keringési szervek működésének vizsgálatáról írt fejezetet, amelyből ma már séltében használt megbízható módszereknek méltatása is hiányzik.

Minden hiányossága mellett minden orvost kell, hogy érdekeljen ez a nagyon is actualis munka.

Blaszó Sándor dr.

The Dysenteric Disorders. P. Manson-Bahr. (Cassell et comp. London. 1939. XIV. + 613 oldal. Ára: 25 s.) Philip Manson-Bahr, kinek a trópusi betegségekről szóló munkáját majdnem bibliaként kezelik az e tárggyal foglalkozók, új könyvet írt, a különböző hasmenések formáit foglalván össze. Az annyiszor használt „hézagpótló” jelző ez esetben igazán indokolt: bármennyit haladt, különösen az angolszász országokban, ez az ága a diagnostikának, mégis minden idevágó adatot és eredményt szétszórt cikkekből és folyóiratokból kellett eddig az érdeklődőnek kikeresnie.

A belek betegségeinek ismerete és kutatása soká háttérbe szorult és sokhelyütt még ma is elhanyagolt ága az orvostudománynak, pedig a statisztikák szerint már nálunk is mind jobban szaporodik az ilyen betegek száma. Áll ez különösen a nagy háború óta; ennek a mozgalmi és a tökéletesedő közlekedés nagyban hozzájárultak, hogy az addig távoli vidékeken és elszigetelten előforduló kórokozók a civilizált világban is teret nyerjenek. A pontos diagnostika és helyes gyógyítás e betegségekben már azért is elsőrendűen fontos, mert nagyrésztük önmagában és teljesen specifikus kezelési mód nélkül nem múlik el és nem gyógyul s így könnyen válik chronikussá, hosszú évekig okozva súlyos és állandóan kínzó panaszokat.

A könyv bevezetése a diagnostika módjával és segéd-eszközeivel (sigmoidoskopia, röntgen, stb.) ismerteti meg, majd részletesen tárgyalja a hasmenéses betegségeket, a kórok szerint csoportosítva őket. A bacillaris vérhas és amebiasis után sorra veszi az egyéb protozoonok és a férgek által okozottakat, a paratyphus kórképeit, a steatorrhéák különböző nemét; igen részletes fejezet foglalkozik a vastagbél önálló bántalmaival, beleértve a higanymérge-zést, uraemiát, stb. — Az utolsó két fejezet a different-diagnosis szempontjából fontos, esetleg hasonló tünetekkel járó állapotokat tárgyalja: gombamérgezés, purpurák, daganatok, bélcsavarodás, stb. Mindegyik fejezetben, különösen

nagy teret szentel a szerző az elkülönítő diagnostikának és lehetőségeinek, végül pontos útmutatást ad a gyógyítás legmaibb elveiről és módjairól.

Kitűnően egészíti ki a könyvet a Muggleton által összeállított függelék, a bélbetegségek laboratoriumi diagnostikájában használatos módszerek (székletvizsgálat, bakteriológiai és serológiai műveletek, festés, stb.) pontos és részletes leírása.

Kutatónak és gyakorló orvosnak egyaránt hasznára lesz ez a könyv, mely igazán legjobban foglalja össze mindazt, amit ma e kérdésekről tudni lehet. Nyelve angolosan világos és egyszerű és a sok jólsikerült rajz és fénykép s a fejezetek szerint nagyon gondosan összeállított irodalom tökéletesen egészíti ki a szöveget.

Philip Manson-Bahr műve komoly nyeresége az újabb évek orvosi irodalmának.

Véghelyi Péter dr.

Die endokrinen Drüsen des Gehirns. Paul Niehans. (280 oldal. Medizinische Verlag, H. Huber, Bern. Ára 10.5 Sch. fr.) Niehans dr. a clarensi klinika sebésze 280 oldalas művében nagy irodalmi felkészültséggel és bőséges tárgyismerettel foglalkozik az agyvelő belső elválasztásos mirigyével. A bevezetésben pár vonással az összes belső elválasztásos mirigy a testre, a szellemre és a lélekre gyakorolt hatását vázolja. Megvizsgálja azokat az összefüggéseket, amelyek a hormon és idegrendszer, hormon és vitamin, valamint a hormon és öröklés között fennállnak. Az epiphysis és a hypophysis szerkezetének részletes ismertetése után az általuk termelt összes eddig leírt hormonokat felsorolja. Nem mulasztja el egyik hatóanyagnál sem a vele összefüggésben lévő történelmi adatokat, ugyancsak az idevonatkozó szövettani, kémiai, fejlődéstani kutatási eredményeket ismertetni. Figyelme arra is kiterjed, hogy ezen anyagoknak az alacsonyrendű állatok világában, úgyszintén a növények között észlelt hatásokról beszámoljon. Részletesen tárgyalja az epiphysis és hypophysis hyper- és hypofunkcióját, valamint az egyes hatóanyagok teljes hiányakor keletkező elváltozásokat. Minden fejezet végén megtaláljuk azokat a különféle kezelési módokat, amelyekkel a kórokon segíteni iparkodtak. Az epiphysis és hypophysis 26 különféle hormonját sorolja fel, kiemelve, hogy e hatóanyagok bémelyikének hiánya, vagy feleslege jellemző betegség okozója lehet. 52 féle ilyen működési zavar kórképét írja le. Figyelme e változásokkal kapcsolatban kiterjed a szervezet cukor-, zsír-, jód-, és bromforgalmára is. Megfelelő helyeken behatóan megakadályozására vonatkozó elgondolásait. Véleménye szerint összefüggés lehetséges az endokrin mirigyek működése és e kór kifejlődése között. Miután felsorolja az idevágó irodalmi adatokat, részletesen ismerteti a rák keletkezésének megakadályozására vonatkozó elgondolásait. Véleménye szerint a rákos daganatok növekedése hormonális úton befolyásolható. A könyv egyik értéke, hogy áttekinthető szerkezetével és rövid, világos mondataival csak a lényegesre szorítkozik. Mindazok számára, akik az epiphysis és hypophysis tevékenységével foglalkoznak, valamint akik a rák keletkezésének okait kutatják, hasznos szolgálatot tehet Niehans gondosan megírt munkája.

Tangl Harald dr.

A Magyar Röntgen Társaság március 29-i ülése

Bemutató:

Jakab M.: A subfascialis lipoma röntgenképe. A bőr alatt fekvő zsírdaganatokat csupán klinikai tünetek alapján többnyire nem lehet felismerni. Mint ilyenek az irodalom közleményekben sarkoma, atheroma, hidetályog, echinococcus, enchondroma, myxosarcoma, stb. meghatározások szerepelnek. A röntgenvizsgálat nyújt segítséget a klinikai tünetek értékeléséhez. A bal comb distalis harmadának lágyrészeiben kétökölnyi, éies határú, részben a csont mögötti területre is ráterjedő, a környező lágyrészárnyéknál világosabb árnyékot lehet látni. A röntgenlelet zsírdaganatra jellemző, a feltevés helyességét a műtét bizonyította.

A röntgenvizsgálat a subfascialis zsírdaganatok felismerésében is értékes diagnostikai segédeszköz, sőt magában is döntő lehet. A daganat kötőszövettartalma, másrészt a borító lágyrész tömege szab határt a röntgensugárral való kimutathatóságnak. Ha a kötőszövettartalom nagy, vagy a lágyrésztömeg átmérője — mint azt kísérleteink mutatták, — meghaladja a daganat átmérőjének háromszorosát, a röntgenvizsgálatról nem várható eredmény.

Spondylarthritis ankylopoetica. A spondylarthritis ankylopoetica kórképét a szerzők infectiosus, vagy toxikus eredetűnek: gonorrhoea, angina, fogtályog, typhus, tuberculosis és syphiliis következményének tartják. Szerepelhet az anamnesisben meghűléses betegség és trauma is. Már Poncet említette, hogy a betegség oka tuberculosis is lehet. Kienböck nagy anyagon azt bizonyítja, hogy a betegséget kizárólag tuberculosis okozza és hogy jóindulatú ízületi tuberculosis exsudatív ankylotizáló alakja. A bemutatott esetben a röntgenkép eltér a tipikus röntgenképektől, oka valószínűleg tuberculosis. A nagyon változatos tünetek közül a kiterjedt poroticus atrophia, az ízületek egy részének elcsontosodása, a nagyrészt lapos csontkapcsok, a vastosabb hidak belső felszínének kirágottsága spondylarthritis ankylopoetica mellett szól. A csigolya közötti ízületek és a kétoldali articulatio sacroiliaca elváltozásai, az elmosódott, kirágott, poroticus és részben condensált ízfelszínek, enyhébb fokú tuberculotikus folyamatot tesznek valószínűvé. Ha emellett még tekintetbe vesszük, hogy mindkét tüdőmező felső felében fibro-cavernosus folyamat áll fenn, közelebb az a feltevés, hogy a gerincoszlop összes elváltozásai tuberculotikus alapon fejlődtek ki.

Előadás:

Antal E.: A szív röntgenvizsgálatának sportorvosi vonatkozásai. A praeventív munkát végző sportorvos feladata kettős: egyfelől vizsgálja, hogy valamely sportot még nem végző ifjú alkati sajátosságai alapján mily sportra alkalmas, másrészt ellenőrzi az erősen sportolókat, versenyzőket, ezáltal figyeli a sportmunkának a szervezetre gyakorolt hatását. Vizsgálatainak középpontjában a leginkább igénybe vett szerv, a szív áll. Nagy segítségére van itt a röntgenvizsgálat, mellyel a szív alakját, nagyságát, tonusát, esetleg a szív hypertrophiáját és dilatációját határozza meg.

A szív alakjának (arányos, hosszú, rövid) ismerete rendkívül fontos. Az arányos szív alkalmas kitartást igénylő nagy teljesítményre. Rövid úttartalmú sportfajtára megfelelhet a hosszú-keskeny szív. A rövid szív alkalmasságát a pulsatio typusa szabja meg. Mindkét nem leggyakoribb az arányos szív: 92%. A hosszú szív előfordulása: nők 6%, férfiak 2%; a rövid szív: nők 2%, férfiak 6%.

Sportorvosi szempontból nem az abszolút, hanem az arányos szív nagyság ismerete áll előtérben. A szív nagyság meghatározása leghelyesebb ortodiagraphia útján. Ebből az arányos szív nagyságot quotiens, vagy indexszám fejezi ki; középnagy, aránylag nagy, aránylag kisebb szívet nyerünk, amely 3 típus erős sportolásra egészében vagy részben nagyobbodhat. A változást sorozatos, összehasonlító vizsgálat mutatja ki.

Nagyjelentőségű a szív tonusának ismerete, főleg a serdülőkörben, amikor a neurohormonalis befolyás labilitása teszi a szív reakcióképességét és esetleg jó tonus mellett az erősebben igénybe vett szív rész-fal izomzata emiatt túlteng. Csökkent tonusú szív megerősítő sportmunkára tágulással felel.

A szív tonus-viszonya, a szívfallal túltengése vagy tágulása röntgenvizsgálat közben végzett Valsalva-kísérlettel jól megállapítható. Kitűnik, hogy különböző sportfajták más-más szív részén okoznak hypertrophiát. Tartós, mély belégzéssel, préseléssel járó sportok: rövidtáv-futás, birkózás, biciklizés a jobb kamra túltengését váltják ki. Balkamra túltengést pl. úszás, labdarúgás, talajtorna okoz. Mindkét kamra különböző fokú megerősödését hosszútáv-futás, evezés, síelés, ökölvívás, stb. hozhatja létre.

A röntgenvizsgálattal, a Valsalva-kísérlet elvégzésével fontos eszközökkel szolgálunk a sportorvosnak a sportszív tisztázásának nehéz munkájában.

Plenczner S.: Hangsúlyozza, hogy a sport elsősorban a szívet terheli meg, ez lesz tehát a sporthatások vizsgálatára a leghálásabb terület. A sport a physiologiai határokon belüli és feltétlen patológiás elváltozásokat okozhat. Ennek megállapításában legfontosabb szerep a röntgenológusnak jut.

Belgyógyászati szempontból elsősorban a functiók próbákat említi: egyszerű Lorenz-féle 5"-es pulusszámlálás terhelés után, Bürger-féle szignalmométeres préselési próba, röntgen-Valsalva kísérlet, Valsalvák ekg. vizsgálat. E mellett nem nélkülözhetők a hallgatózási leletek (systolés zöreje, magasabb frequentia, P II. ékeltsége, Aorta I. csengő jellege).

Mivel ezen belgyógyászati adatokból a „sportszív” kérdését biztosan nem tudjuk eldönteni, mindenkor szükség van a röntgenvizsgálatra, mint olyanra, mely a physiologiai

és kóros hatások megállapítására a legalkalmasabb. Az elhangzott előadás értékét ennek megfelelően ismételt kiemeli.

Jakab L.: Egészséges egyén szívéről készült szív-kymographiás felvételeket mutat be, melyeken jól megállapítható, hogy mély belégzés-kilégzéskor mily nagy mértékben változnak a szív vetületi méretei és a diastole-systole közötti nagyságkülönbség.

Megerőltető testi mozgás után ugyanazon légzési állapotban, a nyugalmi helyzet és megerőltető munka után látható szívösszehúzódások intenzitása között lemérhető különbség van. Utóbbi esetben a szív szélességi átmérője megkisebbedik, a diastolés tágulás-systolés összehúzódás mérete kisebb, mint nyugodt szív működéskor.

A kymographiás vizsgálat rendszeres alkalmazása sok adatot nyújthat a sportszív teljesítőképességének megítélésében, mivel tökéletesebbé válhat a szívcsúcs és a basalis-táji szívérvezetek munkaviszonyainak megállapítása.

Herzum A.: A szívizom tonusának, a szív nagyságának kérdésével foglalkozik. A magy. kir. Sportorvosi Intézetben a tonusvizsgálatot a megelőzés szempontjából végzik, főképpen serdülőkorban. Azok a szívek, amelyek Valsalvára nagyfokú, 20–30%-os megkisebbedést mutatnak, nemcsak kisebb izomtömegűek, hanem csökkent tonusúak is. Vizsgálatai szerint a csökkent tonus sokszor a vegetatív idegrendszeri labilitásnak, tehát a szívizom beidegzésének következménye, jellemzően a serdülő korra és általában a nőkre. Tapasztalata szerint a csökkent tonusú szívek, hosszantartó és megerőltető, esetleg versenyszerű sportmunka hatására hamarabb kitágulnak. Eppen ezért a szívek a versenyszerű sportolás szempontjából különös figyelmet érdemlnek.

A szív nagyságának kérdésére vonatkozólag az orthodiagraphiás eljárást tartja megfelelőnek a sportorvosi gyakorlat számára, de hangsúlyozza a sorozatos vizsgálatok fontosságát, mert csak így ítéltető meg pontosan a szív nagyságának és configurációjának alakulása.

Ötvös E.: A kissé körülményes orthodiagraphia helyett a szív nagyságának meghatározására a 1½–2 m. távolságból való átvilágítás után készült ernyőrajzok készítését ajánlja.

Antal E.: Köszönetet mond Plenczner főorvosnak igen értékes hozzászólásáért és azon reményének ad kifejezést, hogy további szoros együttműködésükkel talán valóban sikerül majd a sportszív zavaros kérdését megoldani. Egyetért **Jakab** főorvos úrral a szív funkciójának vizsgálatára szolgáló kymographiás szívfelvételek értékelésében, de a szív nagyságának, illetve a szív méreteinek meghatározására alkalmasabbnak tartja az orthodiagrammot. Ugyanez áll az **Ötvös** kartárs úr által említett távszívrázra is. Örömmel látja **Herzum** főorvos hozzászólásából, hogy a serdülőkorú sportolók szívén észlelt sporthatások megegyeznek saját megfigyeléseivel.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 23. sz. Bansi H. W.: Megfigyelések az ásványi anyagcseréről. — **Kögl F.:** A daganatok kóroktanáról. — **Dahr P.:** Az öröklékeny P. vérfactorról. — **Tüscher H.:** Terhesség utáni ovarialis insufficiencia kezelése cyren-nel. — **Springorun P. W.:** Arterio-venosus anastomosisok jelentősége a vesefunkcióra. — **Lups S.:** Az insulinkúra egy paradox jelensége. — **Winkler H. és Binder A.:** A méhmagzat hormontermelése. — **Falke:** A C-vitamin elhasználás nagysága lázas állapotban. — **Thiele W. és Klodwig U.:** „A”-vitamin kiválasztás a vizeletben és reticulo-endothelialis rendszer. — **Kuschinsky G. és Liebert P.:** Vizsgálatok a patkány-hypophysis hátsó lebenyének hormon-tartalmáról viz, konyhasó és novasurol hatása alatt.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 23. sz. Kisskalt H.: Pseudohygiene. — **Schönfeld W.:** Lappangó meningitis a felnőttek járványos parotitisének lefolyásában. — **Seeger E.:** Heveny hypophysaer insufficiencia appendektomia után. — **Salm H.:** Nikotinsavamid kezeléssel gyógyult pellagra. — **Nicol K.:** A munkaterápia feiadatai és céljai a tüdőbeteg-gyógyintézetekben. — **Liebermeister G.:** Tuberculosis a kórházi belbeteg osztályokon. — **Hueck O.:** Sebészi tevékenység Délkinában. — **Niedeggen R.:** Coramin intramuscularis alkalmazása alkoholmérgezésben. — **Zimmermann A.:** Szív-betegek tartós kezelése strophantinnal. — **Baeyer H.:** Hűtővénók jég nélkül. — **Friedrich-Freksa H.:** Tüszőhormon és rák. — **Griesbach R.:** A nyelv nyálkahártyatuberculosisa. — **Kirschner M.:** Szabad-e friss sebeket kimosni?

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 23. sz. Adler: Myasthenia, Basedow és thymusműködés. — **Lehmann:** A túlzott tejelválasztás hormonalis csökkentése. — **Seifert:** Pervitin hatás emberen. — **Klor:** Gombamérgezések és gyógyításuk. — **Bürger:** Alkalmazkodás a gyomor-bél és anyagcserebetegségekben. — **Schrader és Rösigen:** Vannak-e lép-fenebacillusok? — **Kuhn és Schäffer:** A Heisler-féle kávészén chemiájáról. — **Wigand:** Atropin a galandféreg kezelésében. — **Huber:** Fitonin a sebészeten. — **Sieburg:** Szerves kénvegyületek hatásmechanismusa rheumatismusban. —

Wiener Klinische Wochenschrift. 23. sz. Meller I.: Gümös eredetű genyes-áttételes uveitis. — **Wachner G.:** Kerek solitaer góccok a tüdő röntgenképében. — **Reusz L., Sigmar M. és Roller D.:** Ásványi-sóforgalom Cushing-betegség egy esetében; kezelési kísérlet magas folliculinadagokkal. — **Richter W. E.:** Az alsó méhszakasz túltágulása álló burok mellett.

La Presse Médicale. 44. és 45. sz. Ramon G.: Tetanus-antitoxin és tetanusprophylaxis emberen és háziállatokon. — **Tixier L.:** A Cynara scolymus (árticsóka) élettani és gyógyító hatásai. — **Ramond L.:** Az alsó végtag chronicus oedemája. — **Paliard F. és Étienne Martin P.:** A rosszindulatú arterialis hypertensio sebészi kezelése. Eredmények és javallatok. — **Froilano de Mello és Loyola Pereira:** 5 éves leprakezelés eredményei. — **Varay A.:** Az experimentalis diabetes újabb kutatási eredményei. — **Ravina A.:** Konyhasókezelés nauséával járó állapotokban. — **P. G.:** Tetanuskezelés.

The Lancet, jún. 10. D. E. Bedford: Bal kamra elégtelenség. — **B. A. Dormer, K. G. Collender:** Miniatur röntgenezés. — **B. O. C. Pribram:** Az epekövek aetherkezelése. — **A. Lipschütz, L. Vargas:** Kísérleti tumorkezelés subcutan adott oestradiol tablettákkal. — **H. Gainsborough:** Ulceráló colitis kezelése csukamájolaj-beöntésekkel. — **H. R. Harries, R. Swyer, N. Thompson:** Sulphanilamid typhusban. —

British Medical Journal, jún. 10. R. G. Gordon: A lelki tényező az idült rheumatismusban. — **G. G. Kayne, A. G. Hounslow:** Gyomorbennek vizsgálata felnőttekben tbc.-bacillusra. — **G. E. Parker:** Kései secundaer vérzés appendektomia után. — **B. Solomons:** Szükséges-e valaha élő magzatot megölni. — **F. R. Bettley, P. Simon:** Bullosus eruptio sulphanilamid után. — **H. C. Brown, J. C. Broom:** Agglutinációs próba Weil-féle betegségben.

The Journal of the American Medical Association, máj. 20. R. Sleyster: Az emberi értelem és biztonsága. — **M. B. Tinker és M. B. Tinker jr.:** Máj-resectio. — **J. H. Brewer,** A szerves higanyvegyületek bakteriumölő hatásai. — **G. R. Kamman:** Visszatérő atloaxialis dislocatio. — **H. D. Levine, S. O. Hoerr, I. C. Allanson:** Vesicularis pharyngitis és stomatitis. — **I. G. Bellows, H. Chinn:** A sulfanilamid eloszlása a szemben. — **C. M. Graney:** Öröklődő, deformáló chondrodysplasia. — **W. L. Reid, W. V. Cone:** A pupilla fixáló dilatatója agyi compressio következtében. — **W. C. Service:** A súlyosabb allergiás betegségek gyakorisága Colorado Springs-ben. — **F. H. Albee:** A trochanter emelőizma és sebészi nyújtása.

VEGYES HIREK

Herzog Ferenc professor 25 éves tanári évfordulóját csendes házi ünnepség keretében ünnepelték meg jelenlegi és volt tanítványai. A meglepett mestert **Schütz János** magántanár, a MABI ig. főorvosa s a klinika személyzete részéről **Sármai Ernő** klin. gyakornok üdvözölte. Az ünnepelt közismert szerénységével és közvetlenségével válaszolt, örömmel véve át tanítványainak bensőséges és kifejező ajándékát: egy kosárban nevelt ezüstoffenyőt, mit szerető figyelemmel ültettek el az ünnep után a professor budai kertjében. Kívánjuk, hogy e fenyő növéseben hasonló legyen érdemes kertésze eddigi és jövőendő pályájához: jól megalapozott, sudár, egyenes és felfeietörő.

Személyi hírek: A vallás- és közoktatásügyi miniszter az Országos Természettudományi Tanács tagjaivá az 1940 december 31-ig terjedő időszak hátralévő tartamára **Fenyvessy Béla**, **Frigyesi József**, **Haimiss Elemér**, **Huzella Tivadar**, **Imre József**, **Issekutz Béla**, **Kiss Ferenc** professzorokat meghívta. — A Wiener Archiv für Innere Medizin felkérte **Herzog Ferenc** professort, szerkesztőbizottságunk érdemes tagját és **Boros József** professort, hogy lépjenek be a folyóirat szerkesztő-kiadó társaságába, melynek élén **Eppinger**,

Falta, Jagits és Wenckebach professorok állanak. E megítéltetéshez őszinte szívből gratulálunk. — Berencsi György orvostudományi doktorjelöltet f. hó 12-én „Sub Auspiciis Gubernatoris” avatták a budapesti Tudományegyetemen az orvostudományok doktorává.

A Magyar Elettani Társaság ezévi vándorgyűlését június 8–11-ig tartotta a keszthelyi gazdasági akadémián Gelei József prof. elnöke alatt. A vándorgyűlés keszthelyi szervezője Kulthy Sándor, a gazdasági akadémia tanára volt. A nyilvános megnyitó ülésen Gelei prof. elnöki megnyitója után Hauser János, a vendéglátó akadémia igazgatója üdvözölte a vándorgyűlés résztvevőit, majd Gelei József prof. tartotta meg ünnepi megnyitó előadását „A véglény jelentősége a lélektani búvárkodás számára” címmel. A díszgyűlést Keszthely városa által adott társas-vacsora követte. A társaság június 9-én este tartott közgyűlésén üdvözölte Szily Kálmán államtitkárt, báró Korányi Sándort, a társaság tiszteletbeli tagját, majd pedig Szent-Györgyi Albertet, a társaság külföldön tartozkodó Nobel-díjas titkárát. Ugyancsak a közgyűlésen választották meg a társaság érdekében kifejtett fáradhatatlan munkásságáért Vámosy Zoltán professort a társaság tiszteletbeli tagjává. A tudományos előadásokat és bemutatásokat 9-én és 10-én tartották meg nagy érdeklődés közepette. A vándorgyűlés Hévízre tett kirándulással zárult, ahol Hévíz-gyógyfürdő igazgatósága láttá vendégül a társaságot. A jövő évi vándorgyűlését a társaság Belák Sándor egyetemi tanár meghívására a budapesti Tudományegyetem általános kórtani és fürdőkutató intézetében tartja. Egyben elnökévé Belák Sándor professort választotta.

A Népszövetség Egészségügyi Osztályának tevékenysége. (League of Nations: Chronicle of the Health Organisation. I. 5. szám.)

1. Az 1937. év végén Kinába küldött járványügyi bizottság munkáját — amelyet eredetileg csak egy esztendőre terveztek — még egy esztendőig meghosszabbították.

2. Az egyiptomi hatóságok kérésére a szakértők javaslata alapján elhatározta az egészségügyi bizottság, hogy a bilharziasist ismertető monographiát készítet. A monographia elkészítésére Prof. R. T. Leiper, a londoni School of

Hygiene and Tropical Medicine parazitológiai osztályának igazgatója vállalkozott.

3. A hatodik nemzetközi malária tanfolyamot április 17-től május 24-ig tartották. A tanfolyamot főként kezdő malariológusok részére rendezték és a tananyag fölölte a malária elleni küzdelem minden kérdését. A tanfolyam első része Kuala Lumpur-ban (Selangor) a második része Singaporembe zajlott le.

4. 1938. májusban Bukarestben a veszettség kérdésével foglalkozó konferencia ült össze. E konferencia sürgette a veszettséggel foglalkozó kelet- és közép európai intézetek szorosabb együttműködését, amelynek egyik része a tudományos személyzet kölcsönös tanulmányutjából állna. Az egészségügyi bizottság most lehetővé tette, hogy a jassy-i intézet egyik tagja Ujvidéken tanulmányozhassa Hempt eljárását.

5. Belgium falusi egészségügyéről készített monographiát dr. René Sand, amelyet az egészségügyi osztály „Bulletin”-je fog teljes egészében közölni.

6. A Falu-egészségügyi Konferencia részére az Egészségügyi Osztály megbízásából M. Vignerot jelentést készített a falusi lakáskérdésről. A jelentés kiterjed a lakás és a meléképületek egészségügyére, falvak tervezésére, a terület kiválasztás jelentőségére beleértve az ivóvízszolgáltatás, szennyvízelvezetés és légyelleni küzdelem kérdéseit is. A jelentést — amely a „Bulletin”-ben is megjelenik — 1938. decemberében bizottság vette tárgyalás alá és ugyanakkor a bizottság tagjai jelentéseket terjesztettek be saját országuk lakásügyi viszonyairól.

7. A batáviai élelmezéstudományi intézet a távol kelet élelmezési viszonyairól terjesztette be jelentését, amelyben a már eddig végzett munkáról számol be és terveket készít a jövőre. Az intézet különösen bizonyos élelmezéstudományi kérdések tisztázásában együttműködést keres más intézetekkel.

A román minisztertanács felhatalmazta az egészségügyi minisztériumot, hogy 15.3 millió lei értékben chinint és más gyógyszereket vásároljon a romániai malária leküzdésére.

Salvatore Citelli a cataniai egyetem professora 200.000 líra alapítványt tett, mellyel két évenként a legfontosabb és leghasznosabb orvostudományi munkát jutalmazza.

Depressziós állapotok kezelésére



STIMULOTON



és a szellemi funkciók fokozására!

Összetétel: β -phenyl-iso-propylamin-sulfat 0'004 gr.
extr. nucis vomicae 0'010 gr.
coffein 0'080 gr.

Hosszú használatnál is teljesen fájdalommentlen készítmény

1 phiola 20 dragée P. 2'40.

Dr. Egger Leó és Egger J. Budapest vi.

A „LEO RETARD INSULIN” — protamin Insulin — standard készítmény, megbízható, egyenletes hatású

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik május 30— június 12. között. A megelőző hét nagyon mozgalmas, frontátvonulásokban gazdag időjárásnak ennek az időszaknak az első két napjára is áterjedt; azután az időjárás jellege fokozatosan szelidült, a frontátvonulások ritkábbakká váltak, sőt jún. 6. estétől, jún. 9. estéig teljesen frontmentes időjárás uralkodott. Jún. 9. estétől kezdve a betörési frontok ismét gyors ütemben érkeztek. Kivételesen erős fejlettségű volt a jún. 11-i három zivatarfront közül az utolsó, midőn felhőszakadásszerű eső, jégeső, hirtelen beállott 26 m/mp sebesség szélvihar és légnyomásugrás következett be. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten	A front jellege	Fejlettsége	Kísérő eseményei
hó	nap	óra	
Május	30	6	betörési
	30	10	felsiklási
	30	17	betörési
	30	19	„
	30	22	„
	31	3	„
	31	17	„
	31	19	„
	31	23	„
	1	2	„
	1	17	„
	1	24	„
	2	23	„
	3	13	„
	4	3	„
	4	5	„
	4	18	„
	5	1	„
	5	2	„
	5	15	„
	5	17	„
	6	1	„
	6	20	„
	9	19	„
	9	23	„
	10	7	„
	10	10	„
	10	16	„
	11	9	„
	11	13	„
	11	16	„
	11	18	„
	12	9	„
	12	16	„
	12	23	„
Június	30	6	betörési
	30	10	felsiklási
	30	17	betörési
	30	19	„
	30	22	„
	31	3	„
	31	17	„
	31	19	„
	31	23	„
	1	2	„
	1	17	„
	1	24	„
	2	23	„
	3	13	„
	4	3	„
	4	5	„
	4	18	„
	5	1	„
	5	2	„
	5	15	„
	5	17	„
	6	1	„
	6	20	„
	9	19	„
	9	23	„
	10	7	„
	10	10	„
	10	16	„
	11	9	„
	11	13	„
	11	16	„
	11	18	„
	12	9	„
	12	16	„
	12	23	„

*A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorológiai Intézet önrör műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

HETIREND

Június 17-én d. u. 6 órakor: az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága rendezésében az egyetemi stomatológiai klinikán betegbemutatók és demonstrációk.

Június 21-én d. u. 6 órakor: az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága előadássorozatában Czeijda-Pommersheim Ferenc egyet. magántanár „A hyperthyreoidismus, mint sebészeti kórkép” címen előadást tart a szemészeti klinika tantermében.

Lapunk mai számához a Magyar Pharma Gyógypár rt., Budapest, gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetését mellékeljük.

A felső légutak hurutos megbetegedéseinek szuverén gyógyszere az Expectin cseppek. 1 üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratórium Budapest, VI., Terezt körút 27.

Belladonna „Teep”

Madaus

1 tabl. forte = 1 mgr.
összalkaloida atropinként
számítva

40 tabletta ára 2 pengő

1 tabl. mite = 0.5 mgr.
összalkaloida atropinként
számítva

40 tabl. ára 1.80 pengő

Készíti: Szilágyi gyógyszerész Madaus laboratoriuma

17.607—ni.—1938. sz.

Zalavármegye alispánjától.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

A lemondás folytán megüresedett tapolcai községi kórház sebész osztályos főorvosi állására a m. kir. belügyminiszter 167.584—XIII. 1939. sz. rendeletére pályázatot hirdetek. Az állás javadalma a IX. fizetési osztály 3. fokozatára megállapított, s. jelegleg érvényben lévő kormányrendeletekkel csökkentett illetménnyel van egybekötve.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy pályázati kérvényüket 1939. évi július hó 5-én déli 12 óráig hozzám annál is inkább nyújtsák be, mert a később beérkezett pályázati kérvényeket nem veszem figyelembe.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; 5. orvosi kamarai tagság igazolása; 6. sebészeti szakorvosi képesítést igazoló bizonyítvány; 7. egyetemi lecke-könyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 8. közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkélet tisztiorvosi bizonyítvány; 9. katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; 10. esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatok; 11. Tudományos közlemények esetleges lenyomata; 12. élettrajzi adatok.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal, (minősítési táblázat hiteles másolatával) igazolhatják.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek arra vonatkozólag, hogy közhivatalokban, közintézményekben állandó javadalmazással járó orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e, vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóság összegét meg kell jelölni.

Az osztályos főorvost a belügyminiszter hozzájárulásával Zala vármegye alispánja nevezi ki.

Az állást ezidőszereint helyettes tölti be.

Zalaegerszeg, 1939. június hó 9-én.

Brand Sándor dr. s. k.
alispán.

SULFEBRIN-injectió

minimális kolloid kén-o dattal

kitűnő lázkeltőhatás — Főraktár:

BAYER ANTAL gyógyszerüzem VI., Andrassy-út 84.

O R I Z A

Krompecher, Budapest, V., Nádor-u. 15

a rizs tápanyagait változatlan mennyiségben tartalmazó
száritott rizsnnyák

melyből a csecsemőgyógyászatban tejhígításra és gyógytáplálékul.

használatos rizsnnyákoldatok percek alatt elkészíthetők

RENDELHETŐ: Közgógyszerellátás, Bányatárspénztár és MÁV terhére.

K

EKES SZALLO

magaslati gyógyintézet

1.000 méter

a Basedow kór magyargyógyhelye

Budapesti iroda: Apponyi tér 1. Moktár Bankfiók

TELEFONSZÁM: 18 — 34 — 80

Vezető orvos: Dr. MATITS LAJOS

M. kir. Belügyminiszter.

Szám: 220.058/1939. XVII.

PÁLYÁZATI HIRDETMEŒY.

A fõtelügyeletem alatt álló m. kir. állami gyermekmenhelyek orvosi létszámában megüresedõ, a debreceni m. kir. állami gyermekmenhelynél betöltésre kerülõ és az igazgatói teendõk ellátásával egybekötött fõorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kinevezés az állami rendszerû VIII. fizetési osztály 3. fokozatába fog történni. Elõfeltétele a gyermekszakorvosi képesítés igazolása.

A gyermekvédelmi munka, illetve közigazgatás terén gyakorlatlalt bíró pályázók elõnyben részesülnek.

A pályázati kérvényeket 1939. évi június hó 21-ig kell hozzám benyújtani. Mellékelni kell a következõ okmányokat: 1. pályázónak, továbbá szüleinek, valamint nagyszüleinek születési anyakönyvi kivonatát, illetve keresztlevelet, 2. házassági anyakönyvi kivonatát, 3. házastársának, valamint a házastárs szüleinek és nagyszüleinek születési anyakönyvi kivonatát, illetve keresztlevelet, 4. az orvostudori oklevelet, 5. állampolgársági igazolást, 6. az eddigi mûködést is fel-tüntetõ életrajzi adatokat, (curriculum vitae), 7. esetleges tudományos mûködés igazolását (a kiadványok egy-egy példányának csatolásával), 8. a gyermekorvosi képesítést igazoló okiratot, 9. Magyarországnak a trianoni békeszerzõdés által megállapított területérõl pályázóknál az orvoskamara tag-ságot igazoló újkeletû bizonyítványt, 10. esetleges katonai szolgálat igazolását, 11. közszolgálatban nem állóknál feddhetetlen elõéletüket, közszolgálatra való alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi bizonyítványt, illetõleg újkeletû tisztiorvosi bizonyítványt, 12. egyetemi lecke-könyvet, a kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat. A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelõl, hogy közhivataloknál, közintézményeknél és közintézeteknél állandó javadalmazás mellett állást betöltenek-e, vagy sem? Igenlõ esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minõsítési táblázaton) felvannak tüntetve, az említett törzskönyvi lap (minõsítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják.

A határidõn túl beérkezõ és nem kellõleg felszerelt pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

Budapest, 1939. évi június hó 5-én.

A miniszter helyett:
Dr. Johan Béla s. k.
államtitkár.

Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet-kózkórháza.

212/1939. ikt. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMEŒY.

Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet-kózkórházánál megüresedett kisegítõ orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kisegítõ orvosi állásban az alkalmaztatás ideiglenes jellegû, bármikor minden jogigény nélkül megszüntethetõ és végleges alkalmazásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás egy évre terjed. Javadalmazása havi 80 P készpénzdíjazás, butorozott lakószoba és I. osztályú ételmezés. Az ételmezésért az önköltségi ár 50%-a megterítendõ.

A pályázati kérvényhez mellékelni kell: születési anyakönyvi kivonatát, hatósági erkölcsi bizonyítványt, magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító orvosi oklevelet, egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, közszolgálatra alkalmas szellemi- és testi épséget igazoló új keletû tisztiorvosi bizonyítványt és az orvoskamara tag-ságot igazoló bizonyítványt.

Orvosi magángyakorlat nincs megengedve. A kinevezés után az állás azonnal elfoglalandó.

Felhívom azokat a nõtlen orvosdoktorokat, akik az állást elnyerni óhajtják, hogy kellõen felszerelt és Sopron szab. kir. thj. város fõispánjához címzett folyamodványukat hozzám 1939. június hó 30-ának déli 12 órájáig nyujtsák be.

Sopron, 1939. június hó 3-án.

Király Jenõ dr. s. k.
m. kir. egészségügyi fõtanácsos,
kórházigazgató.

CSÁSZÁRFÜRDŐ

KEGYES ALAPITVÁNYI GYÓGYFÜRDŐ ÉS SZÁLLO

Budapest, III. Zsigmond király-úja 31.33 sz.

64° C rádióaktív kénés hévízû gyógyfürsok. Társas és külön iszapfürdők, iszap-göngyölések, kádfürdők, gőzfürdők, villany, szénsavas- és sósfürdők, nyitott és fedett uszoda. Zander terem. — A szállodában 80 egy-két ágyas vendégszoba 3-11 P árban. Éttermek polgári árákka. — Elõnyös penzió árak személyenként télen napi 11, nyáron 12 pengõtõl, amelyben szoba, fûtés, világi tás, orvosi vizsgálat és kezelés, gyógyfürdők, tvókúra és egyéb gyógytényezõk, napi háromszori étel-szerelési étkezés, az összes borralvalók és kiszolgálási díjak bennfoglaltaknak. — Bõvebb felvilágosítást nyujt az igazgatóság. — (Telefonszám: 151-127)

PÁLYÁZATI HIRDETMEŒY.

A kalocsai Érseki Szent Kereszt Kózkórházban 1 kisegítõ orvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása havi 80 pengõ és teljes ellátás. Az alkalmaztatás 1 évre szól, mely a kórházbizottság határozata értelmében meghosszabbítható. A pályázati kérvények az Érseki Szent Kereszt Kózkórház Bizottsági Elnökéhez címezve, folyó hó 20-ig a kórház igazgatóságánál nyujtandók be. A kérvényhez mellékelendõk: születési bizonyítvány, orvosi oklevél másolat, az eddigi mûködést tanúsító bizonyítványok, kórházi szolgálati könyvecske és lecke-könyv. Kinevezés esetén a szolgálatot július 1-én kell megkezdeni.

Kalocsa, 1939. június 6.

Dr. Pelláthy István s. k.
igazgató-fõorvos.

A KIADÁSÉRT FELELÕS: VÁMOSSY ZOLTAN.

Szívbeteg betegeiket

nyugodtan küldhetik az orvos urak a

"ÁRPÁD"

SZÉKESFEHÉRVÁRI természetes szénsavas GYÓGYFÜRDŐBE

Napi penzió gyógyfürdőkkel egész éven át 6.50 pengõ

P R O S P E K T U S !

a hasajátókat változtatni kell!!

30 db P.O. 60

neolax „Certa”
göres nélkül hat!!

Magyarországon 1939 május 28. től június 3-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce- rebrosp. e.		Polio myelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.		Varicella		Pertussis		Influenza complic.		Malaria		Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	157.551	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	10	—	—	4	1	6	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	115.387	—	—	—	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.803	2	—	—	—	2	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1	—	27	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—
4. Bars és Hont	145.389	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Bereg és Ugocsa	162.173	7	1	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	6	1	2	—	—	68	—	—	—	—	—	—
6. Békés	339.708	—	—	14	3	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	19	11	3	—	—	4	—	—	—	—	—	—
7. Bihar	183.857	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	7	4	1	—	—	—	5	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—
8. Borsod	298.610	2	—	—	—	3	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	5	3	3	—	—	5	—	—	—	—	—	—
9. Csanád-Arad-Torontá	174.715	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	65	1	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Csongrád	147.831	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	8	—	2	—	—	3	—	—	—	—	—	—
11. Esztergom	101.932	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	5	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Fejér	230.967	1	—	—	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	9	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
13. Gömör és Kishont	104.459	2	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	4	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Győr-Moson	157.476	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	11	—	4	4	3	—	—	—	—	—	—	—
15. Hajdú	183.748	—	1	—	—	4	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	10	—	—	—	—	—	—	—
16. Heves	324.836	4	—	—	—	1	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	3	1	15	—	—	2	—	—	—	—	—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	1	—	—	—	3	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	23	4	5	—	—	2	—	—	—	—	—	—
18. Komárom	287.234	—	—	1	—	—	—	7	—	6	—	—	—	—	—	—	—	5	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Nógrád	256.727	2	—	—	—	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	22	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
20. Nyitra és Pozsony	190.811	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	3	—	—	—	1	—	12	—	26	—	—	—	—	—	—	—	145	30	25	—	—	7	—	—	—	—	—	—
22. Somogy	391.883	2	—	—	—	3	—	—	—	6	—	—	1	—	—	—	—	28	3	5	—	—	39	—	—	—	—	—	—
23. Sopron	141.873	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24. Szabolcs	429.614	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	79	2	14	—	—	46	—	—	—	—	—	—
25. Szatmár	137.494	3	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	—	3	—	36	—	—	—	—	—	—	—
26. Tolna	264.410	—	—	—	—	1	—	4	—	3	—	1	—	—	—	—	—	11	1	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—
27. Ung	73.269	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	—	24	—	—	—	—	—	—	—
28. Vas	271.102	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	9	2	12	—	2	—	—	—	—	—	—	—
29. Veszprém	249.509	3	—	—	—	1	—	5	—	2	—	2	1	—	—	—	—	7	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30. Zala	370.132	2	1	—	—	—	—	3	—	2	—	1	—	1	—	—	—	12	7	3	1	66	—	—	—	—	—	—	—
31. Zemplén	198.948	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	45	2	2	—	84	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.067.124	7	—	1	—	2	—	19	2	50	—	—	—	—	—	—	—	52	57	30	5	4	—	—	—	—	—	—	—
III. Debrecen	127.817	2	—	—	—	—	—	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—	13	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	51.115	2	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	7	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.070	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kassa	58.082	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	3	1	10	—	1	—	—	—	—	—	—	—
VII. Kecskemét	83.559	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Miskolc	67.373	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
IX. Pécs	73.204	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	1	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Sopron	35.974	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Szeged	140.671	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	46	4	1	1	4	—	—	—	—	—	—	—
XII. Székesfehérvár	42.253	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen.	10.110.543	53	4	19	3	28	—	87	2	166	2	19	8	4	—	3	—	760	162	187	12	434	—	—	—	—	—	—	—

MALTIRON

Krompecher Budapest, V. Nádor-u. 15.

Prof. Hainiss előírása szerint készített, az irónak megfelelő fehérjedús, zsírszegény, szénhidrátokkal kiegészített gyógylátszer.

Hasmenéses bélzavarok kezelésére.

Idült rheumás polyarthritis

eseteiben

RUBROPHEN-CHINOIN

kiváló eredménnyel alkalmazható!



Az esetek
75%-ában gyó-
gyulást vagy ja-
vulást hoz létre!

Irodalom:

Erlsbacher,

Eppinger klinika, — Wiener Klinische Wochenschrift, 1939. évi 12. sz.

W. Berger,

Előadás a Kir. Orvosegyesület 1939. V. 5-én tartott tudományos ülésén.



Az epehólyag és az epeutak fertőzéses, gyulladásos betegségeinek
ujyszerű, rationalis gyógyszere a

Hatása a chelidonin, a Germicid Dr. Wander és a natr. choleinic
együttes hatásán alapul.

Hatványozott choleretikum és cholagogum.

Erélyes belső desinficiens, optimalis hatású görcsoldó és fájdalom-
csillapító.

Elősegíti az epehólyag és epeutak átöblítését, **megakadályozza az
epe besűrűsödését és a kőképződést.**

Mintával, irodalommal készséggel szolgál a

DR. WANDER

GYÓGYSZER- ÉS TÁPISZERGYÁR R. T. BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatják:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Baló József: Thyroxin és arteriosklerosis. (609—611. oldal.)

Sándor István: Az evipános altatás a gyakorlatban. (612—616. oldal.)

Meinhardt Sarolta és Kiszely György: A női kankó és portio erosio helyi kezelésének újabb módja. (616—618. oldal.)

Mező Béla: Vesemetszés kocsonyásítás nélkül időleges tokalatti vérzéscsillapítással. (618—619. oldal.)

Schill Imre: Centralis eredetű múltó hypertonia agyvérzés kíséretében. (619—620. oldal.)

Lajos László: Féloldali adnexhiány. (620—621. oldal.)

Benderek István: Gyógymasszázs és mechanoterápia. (621—623. oldal.)

Szabó Gábor: Lenyelt csontszilánk által okozott aorta-át-fürödés. (623—624. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (101—104. oldal.)

Irodalmi szemle. Könyvismertetés. Egyesületek ülésjegyző-könyvei: (625—630. oldal.)

Zemplényi Imre: Az „Állami Tisztviselők Gallyatetői Üdülő-jének” megnyitása. (630—631. oldal.)

Lapszemle. Vegyes hírek. Heti rend: (631—632. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Ferenc József Tudományegyetem kórbonctani és kór-szövettani intézetének közleménye. (Igazgató: Baló József ny. r. tanár.)

Thyroxin és arteriosklerosis.*

Irta: Baló József dr.,
egyetemi nyilvános rendes tanár.

a) Thyroxin hatása a cholesterinatherosklerosisra.

Eiselsberg már 1892-ben megállapította, hogy ha bányók és gidák thyreoideáját kiirtjuk, súlyos atherosklerosis fejlődik ki. Mióta tudjuk, hogy cholesterin-etetés következtében házinyulak arteriáinak falában cholesterin rakódik le, több adat merült fel arról, hogy thyreoidea adagolással a cholesterinatherosklerosis keletkezése megakadályozható.

Heckscher szerint a pajzsmirigy eltávolítása következtében lovak vérének zsír- és cholesterintartalma emelkedik. Aschoff egyik, Japánban tartott előadásában megemlékezik arról, hogy Murata és Kataoka már 1918-ban megállapították, hogy a lanolinetetéssel házinyulakban előidézhető atherosklerosis kifejlődése pajzsmirigykészítmények egyidejű adagolásával meggátolható. Shapiro házinyulak cholesterinatherosklerosisának kifejlődését thyreoidektomiával segítette elő. Turner cholesterinnel etetett házinyulak eledeléhez thyreoideakészítményt adott, vagy más nyulaknak a cholesterin-etetéssel egyidejűleg thyroxint fecskendezett be és megállapította, hogy pajzsmirigykészítmények a hypercholesterinaemia és atherosklerosis megelőzésében meglepően jó hatást fejtenek ki. Friedland házinyulaknak gyomorsondán át napraforgóolajban oldott cholesterint és thyreodint adagolt. Megállapította, hogy a cholesterinatherosklerosis ilyenkor kisebb fokú volt, mint amilyen egyedül cholesterin adagolása következtében szokott lenni, de a thyreoidin hatására adrenalsklerosisnak megfelelő mediasklerosis jött létre. Thyreoidin és cholesterin együttes adagolása következtében a

cholesterin nem az intima alatt, hanem a media elmeszesedése körül rakódott le olyan formában, mint ahogy a mediasklerosis és cholesterinlerakódás kombinációját már Anitschkow is észlelte. Magam régebben megkísértem, hogy nem lehetne-e házinyulak thyroxinmérgezését cholesterinnel kivédeni. Ezirányú kísérleteim eredménytelenek voltak, de az erek mediájának bekövetkező elmeszesedése körül a cholesterin atypusos lerakódását figyelhettem meg. Schmidtman vigantol és cholesterin együttes adagolásával hasonló elváltozást, az úgynevezett athero-calcinosist idézte elő. Friedland azt is megállapította, hogy thyreoidin és cholesterin együttes adagolása mellett a vér cholesterinje nem emelkedik fel annyira, mint egyedül cholesterin adagolására. Sőt ilyen körülmények között a vér cholesterinje sokszor normális marad. Parhon és Derevici, valamint Parhon és Ornstein azt találták, hogy thyreoidea adagolás után kutyák vérének cholesterintartalma csökken.

Emberek pajzsmirigye a cholesterinanyagcserére épen olyan hatást gyakorol, mint amilyen az állatkísérletekből kiderült. Bing és Heckscher azt találták, hogy Basedow-kórban szenvedők vérében a zsír- és cholesterintartalom megkevesebbedik, viszont ha a Basedow-kór tünetei visszafejlődnek, a zsír- és cholesterin mennyisége emelkedik. Szerintük kretének vérében a zsír- és cholesterintartalom a normálisnál magasabb. Hurxthal megállapította, hogy emberek hyperthyreosisában a vér cholesterintartalma csökken, viszont genuin vagy postoperatív myxoedemában, subtotalis thyreoidektómia után, vagy a pajzsmirigy röntgenézése után a vér cholesterintartalmának emelkedése mutatható ki. Schally szerint a legtöbb hyperthyreosis a vér cholesterintartalmának csökkenésével jár, Basedow-struma operációja után, vagy Plummer-kúra után viszont a vér cholesterintartalma emelkedik. A pajzsmirigynek a vér cholesterinszintjére gyakorolt hatása azokról a vizsgálatokból is kiviláglik, amelyeket Blumgart és munkatársai idült szívbetegségekre és angina pectorisban szenvedők pajzsmirigyének teljes kiirtása után végeztek. Gilligan, Volk, Davis és Blumgart megállapították, hogy ilyen műtét után a vér cholesterintartalma nagymértékben emelkedik, legnagyobb érték, amit találtak, 543 mg% volt. Végül Ruth Goldschmidt még annakidején a Rössle ve-

* Előadta a Magyar Pathologusok Társaságának június 17—18-án Szegeden tartott nagygyűlése alkalmával.

zetése alatt álló baseli kórbonctani intézetből statisztikát közölt az arterioszklerosis előfordulásáról. Adatai szerint 40—80 évig az arterioszklerosis 89%-ban fordult elő, ezzel szemben Basedow-kórosok erein ugyanilyen életkorban arterioszklerosis jelei csak 40.8%-ban voltak kimutathatók.

Amint gátolja a háziyulak cholesterinatheroszklerosisának kifejlődését a pajzsmirigykészítmények, ugyanúgy akadályozzák a jódkészítmények is. *Murata* és *Kataoka* 1917-ben kimutatták, hogy jódkáli gátolja háziyulak cholesterinatheroszklerosisának fellépését. *Liebig* szerint egy szerves jódkészítmény, a *Dijodyl-Riedel* (ricinsteaolsavdijodid) megakadályozza cholesterinatheroszklerosis kifejlődését. Ezzel szemben *Rosenthal* szerint ha háziyulakat cholesterinnel etetünk és egyidejűleg kis jódadagokat is adunk, kifejezettebb atheroszklerosis keletkezik, mint cholesterinre egymagában. *Page* és *Bernhard* háziyulaknak egy szerves jódkészítményt és cholesterint adva, a vérplasma cholesterintartalmát magasabbnak találták, mintha cholesterint egyedül adagoltak. Mégis szerintük a jód az atheroszklerosis ellen védelmet nyújt. *Seel* és *Creuzberg* jódkálival és egy szerves jódkészítménnyel (jódtropon) meg tudták akadályozni háziyulak cholesterinszklerosisának keletkezését. *Turner* úgy véli, hogy jódkáli megvédi a háziyulak arteriáit a cholesterinlerakódástól, de *Turner* és *Khayat*, valamint *Turner* és *Bidwell* szerint a jódkáli ezen védőhatása eltűnik, ha a pajzsmirigyet eltávolítjuk. *Shillito* és *Turner* szerint jódkáli adagolása nem akadályozza meg a cholesterin felszívódását a gyomor-bélsatornából. *Breusch* és *Thiersch* kis jódadagok hatására a vér cholesterinszintjének emelkedését és háziyulak cholesterinatheroszklerosisának súlyosbodását, nagy jódadagok hatására a cholesterinatheroszklerosis gátlását látták. *Meeker*, *Kesten* és *Jobling* jóddal nem tudták a háziyulak ereiben lerakódott cholesterint felszívódásra bírni és *Thiersch* dijodtyrosin, vagy dehydrocholsav adagolásával sem tudta a háziyulak ereiben már egyszer lerakódott cholesterint kiűzni.

Intézetemből származik az a megállapítás, hogy thyroxin hatására háziyulak serumlipaseja csökken, vagy eltűnik. Ezt a megállapítást *Bauer* és *Hoffmann*, *Fiessinger*, *Albeaux-Fernet* és *Gajdos* megerősítették. *Bauer* és *Feil*, továbbá *Dell'Aqua* megállapították, hogy thyroxin hatására egerek és háziyulak májában is csökkent a lipasetartalom. Kérdés, vajjon a thyroxin hatására beálló lipasecsökkenés és a vér zsír- és cholesterintartalma hogy viszonylanak egymáshoz.

Ennek a kérdésnek az eldöntésére 2500—3500 g súlyú háziyulak vérének összzsír-, zsírsav-, cholesterin-, lipidphosphor- és lipasetartalmát vizsgáltuk meg. Az összzsírtartalmát a Pollák-féle mikroeljárással határoztuk meg, amely a Bang-féle zsírmeghatározás módosítása. Száraz zab, lucerna és víz táplálék mellett háziyulak vérének összzsírtartalmát 350—450 mg%-nak találtuk. A cholesterinmeghatározást *Rappaport* és *Engelberg* mikroeljárásával végeztük és normális nyulak vérében 80—130 mg% cholesterint kaptunk. A zsírsavmennyiségét számítással határoztuk meg. Ha ugyanis az összzsír oxidálására felhasznált bichromat mennyiségéből levonjuk a cholesterinre eső részt, megkapjuk a zsírsavakra eső bichromatfogyasztást, amelyből *Bloor* középfactora segítségével számítjuk ki a zsírsavmennyiséget. Az összzsírból normális háziyulak vérében a zsírsavakra 100—150 mg% esik. A lipidphosphor-meghatározást *Dömösinek* intézetében kidolgozott eljárásával végeztük. Ugyanúgy a lipaset a Rona-Michaelis-

féle stalagmometriás eljárással határoztuk meg és a hasítás sebességi állandójával fejeztük ki.

Három háziyulának egyszerre 20 mg Richter-féle thyroxint adtunk subcutan. Ezt a nagy adagot két nyúl elviselte, egy megdöglött. A thyroxin beadását követő napon az összzsír csökkenése volt megállapítható. 60 óra múlva pedig a csökkenés 30%-ot ért el. Az összzsír megkevesbbedésével párhuzamosan haladt a zsírsav megkevesbbedése, ami 60 óra múlva átlag 40%-ot tett ki. Párhuzamosan haladt a cholesterin csökkenése is és 60 óra múlva 35%-ot tett ki. Abból az adatból, hogy a lipidphosphor is megkevesbbedett, a phosphatidák hasonló viselkedésére kell gondolnunk. A serumlipase a thyroxininjectio utáni napon némileg emelkedett, de 60 óra múlva már csökkenő tendenciát mutatott. 48 óra múlva az összzsírnak és zsírsavnak a kezdeti normális érték fölé emelkedése következett be, majd a thyroxin injectio után kb. egy hétre a vér zsírfraiói közel normális értéken mozogtak, csak az eltűnt lipase visszatérése tartott hosszabb ideig.

Három háziyulának naponta 2 mg thyroxint adtunk, amitől azok egy hét alatt elpusztultak. Az első három napon vérükben az összzsír, zsírsav, cholesterin, lipidphosphor egyaránt megkevesbbedett, de a negyedik napon mindegyik alkatrész a kezdeti érték fölé emelkedett. Megdöglés előtt a cholesterin is felemelkedett úgy, hogy az egyes fractiók a kiindulási értéket messze túlszárnyalták. A zsírféleségek újabb emelkedése idején a lipase, ami kezdetől fogva csökkent, tovább is csökkent. Napi 1 mg-os thyroxinadag mellett a zsírféleségek nagyjában hasonlóan viselkedtek.

Tíz háziyulának naponta 0.5 mg thyroxint adagoltunk. Ilyenkor a nyúl három hétig is él. Ebből az első 10—12 napon az összzsír, zsírsav és cholesterin megkevesbbedése mutatható ki, majd néhány nap alatt a zsírféleségek normálisra, majd azután a normális fölé emelkednek. A serumlipase kezdetben csökken, később eltűnik.

Thyroxin hatására háziyulak vérében a zsírféleségek egyszeri adagra éppúgy, mint kisebb napi adagokra kétfázisú reactiót mutatnak. Az első fázisban az összzsír, zsírsav, cholesterin, phosphatidák csökkenése áll be, a második fázisban pedig a zsírféleségek ismét a normális szintre térnek vissza, sőt a normális fölé emelkednek. A lipase kezdetől fogva, de különösen a második fázisban csökken és amikor a zsírféleségek mennyisége a legnagyobb, a lipase a legkisebb. A vér vizsgálata egyébként azt mutatta, hogy a mérgezés első és második fázisa egymástól abban különbözik, hogy a második fázisban incompensált acidosis fejlődik ki. Ekkor az állatok nem esznek és az acidosis fokozódása közben elpusztulnak. A vér alkalitartalékának már az első fázisban kimutatható némi csökkenése és úgylátszik, hogy az acidosis terén az első- és második fázisban csak fokozati különbség van, amennyiben a második fázisban az acidosis magas fokot ér el. Különböző mérgezések, mint nátronlúg-, ammoniákmérgezés hatására a vér zsírfraióinak olyan változása áll be, mint a thyroxinmérgezés második fázisában. A thyroxinhatás első fázisában a zsírféleségek fokozott oxidatiója történik. Amikor viszont a mérgezés második fázisában az acidosis kifejlődik, a thyroxinnak az első fázisban kimutatott lipidcsökkentő hatása megszűnik és a vérben a zsírféleségek megsaporodnak.

Többen törekedtek arra, hogy thyroxinnal emberek hypercholesterinaemiáját kezelni tudják s ezzel az atheroszklerosis praeventióját érhesék el. *Lévy M. Miksa* és *Lévy E.* szerint thyroxin adagolásra a hyper-

cholesterinaemia normalis szintre csökken. Szerintük legjobb eredményt az intravenás adagolás adja. Kezelésük abból áll, hogy hetenkint kétszer 1 mg thyroxint adnak és ezt három héten át folytatják, sőt a sorozatot megismétlik. E francia szerzők szerint a thyreoidea-kivonatokat *Epstein* 1926-ban lipoidnephrosis kezelésére is ajánlotta. Az arteriosklerosis praeveniójára thyroxin-kezelést alkalmaztak *Parhon* és *Ornstein* is. Állatkísérleteink alapján nyilvánvaló, hogy emberben kis thyroxinadagokkal azt a hatást használjuk ki, ami házinyúl-kísérleteinkben a thyroxin-adagolás utáni reactio első fázisában jön létre.

b) A thyroxinnal előidézhető adrenalinsklerosis típusú arteriosklerosis.

Josué 1903-ban először állapította meg, hogy sorozatos intravenás adrenalin-injectiókkal házinyúlak kísérleti arteriosklerosisa idézhető elő, amire jellemző, hogy az aorta thoracica, aorta ascendens és aorta-ív mediája elhal és elmeszesedik. Csakhamar kiderült azonban, hogy nem egyedül adrenalin, hanem egyéb anyagok mérgező adagjaival is sikerül hasonló arteriosklerosist előidézni. *Fischer Bernát* digitalinnal, *Klotz* digitalinnal, bariumchloriddal, diphtheriatoxinnal, *Adler* és *Hensel* nikotinnal idézték elő házinyulaknak az adrenalinsklerosishoz mindenben hasonló arteriosklerosisát. Kétségtelenül ilyen jellegűek azok az érelváltozások is, amelyeket *Kreitmair* és *Moll*, továbbá *Schmidtman* vigantollal, *Vanderveer* viosterollal és *Byrom* vasopressinnel idézték elő. *Fischer Bernát* házinyulakat thyreoidea készítményekkel etetett és adrenalinsklerosisnak megfelelő arteriosklerosist kapott. *Aschoff* szerint *Murata* japán szerző 1920-ban állapította meg, hogy házinyulakkal nagyobb pajzsmirigyadagokat etetve, mediasklerosis keletkezik. *Anitschkow* intézetében *Friedland* thyreoidin etetésével kapott mediasklerosist. A japán *Kagawa* thyroxinnal idézett elő ugyanilyen elváltozást.

Magunk 20, átlag 2500 g súlyú házinyulnak száraz zab, lóhere és vízből álló táplálék mellett napi 0.5 mg Richter-féle thyroxint adagoltunk subcutan. Ilyen körülmények között a kisebb állatok a legtöbbször 11—12 nap alatt pusztulnak el, de ez az idő általában nem elegendő, hogy mediasklerosis kifejlődjék. Hogyha több napi thyroxinadagolás után, mikor már erős súlycsökkenés észlelhető, a thyroxint kihagyjuk és annak adagolását néhány napi szünet után ismét folytatjuk, a nyúlak tovább élnek és 3 hét—1 hónap alatt 100%-ban lehet az adrenalinsklerosisnak megfelelő arteriosklerosist előidézni.

Felmerül az a kérdés, hogy ez a mediasklerosis milyen mechanizmus szerint keletkezik. Ennek tisztázására ammoniumhydroxymérgezéssel végzett kísérleteink adták meg a helyes irányt. Megállapítottuk u. i., hogy ha házinyulakat huzamosabb időn át ammoniumhydroxyddal mérgezzünk, adrenalinsklerosisnak megfelelő arteriosklerosis idézhető elő. Ha a *Parnas* és *Heller*-féle eljárással meghatározzuk a vér ammoniaktartalmát, kiderül, hogy a gyomorsondán át beadott ammoniumhydroxyd hatására keletkezett ammoniaemia csak rövid ideig tart, viszont a mérgezés következtében beálló acidosis 24 óra múlva is kimutatható. Ebből arra kell következtetnünk, hogy a mediasklerosis az acidosis következménye.

Strömpel Ilona intézetemben 15 házinyulát gyomorsondán át naponta 10 ccm 1/2%-os neutralis ólomacetáttal mérgeztet. Ily kezelés mellett a nyúlak átlag három hónap alatt pusztultak el. Aortájukban mediasklerosis és a rugalmas rostok szétcséése és regenerációja volt

megállapítható. A mérgezés hatására a nyúlak vérsavójának alkalitartaléka tetemesen csökkent.

Ezek után nézzük, hogy házinyulaknak thyroxin hatására beálló arteriosklerosisa milyen körülmények közt következik be. Megállapíthattuk, hogy 250 g súlyú házinyulaknak naponta 0.5 mg. thyroxint adva, a vérsavónak *Van Slyke* volumetriás eljárásával meghatározott alkalitartaléka (CO_2 kapacitása) tetemesen csökkent, 65—58 Vol. %-ról esetleg 20 Vol. % alá is esett. Cambridge-elektroncsöves potentiometerrel végzett párhuzamos mérések szerint az alkalitartaléknak ilyenfokú csökkenése a vér pH-jának is tetemes csökkenésével jár. Ebből azt a következtetést vonjuk le, hogy a thyroxinmérgezés következtében beálló mediasklerosis éppúgy az acidosis következménye, mint az ammoniák- és ólommérgezés esetében. A media elhalása és a rugalmas rostok szétcséése ammoniák-, ólom- és thyroxinmérgezés következtében egyaránt a keletkező acidosisra vezethető vissza.

Peters és *Geyelin*, *Elias* és *Sammartino*, *Greppi* és *Pariano*, valamint *Rafflin* és *Saradjichvili* megállapításai szerint az adrenalinsklerosis előidőzésére szükséges adrenalinmérgezés szintén acidosist okoz. *Cori* szerint adrenalinadagok után a vérben tejsav szaporodik fel. *Schömer* és *Dercum* megállapították, hogy a tejsavnak az arteriák falára pusztító hatása van. Így valószínűk látszik, hogy a különböző mérgező anyagokkal előidézhető mediasklerosis keletkezésének oka mindig azonos, vagyis az acidosis.

Munkánk első részében megállapítottuk, hogy a thyroxin hatására házinyúlak vérében a zsírféleségek viselkedése alapján kétfázisú reactio mutatható ki. A mediasklerosis a második fázisban jön létre. Hogy thyroxin ember arteriáiban is okozzon mediasklerosist, arra akkor kerülhet sor, ha nagyobb adagban alkalmazzák.

Házinyúlak arteriosklerosisának tanulmányozása arra szolgál, hogy a megállapítások alapján emberek arteriosklerosisának megfejtéséhez közelebb juthassunk. Amint házinyúlak arteriosklerosisának két fő típusa van, cholesterinatherosklerosis és adrenalin-sklerosis, úgy ember arteriosklerosisa is a cholesterinlerakodásból, az érfal pusztulásából és elmeszesedéséből tevődik össze. Házinyúlak adrenalinsklerosisának leginkább megfelel ember vétagarteriáinak mediasklerosisa, amit *Mönckeberg* írt le. *Gsell* elégtelen veseműködés folytán keletkező mérgező anyagokra vezeti vissza az aortafal olyan elhalásait, amelyek spontán ruptúrához vezetnek és ezt a megbetegedést a házinyúlak aortájában adrenalin hatására keletkező mediasklerosissal hasonlítja össze. *Erdheim* ilyen esetekben medionekrosis aortae idiopathicáról szolt. Hasonlitanak házinyúlak adrenalinsklerosisához az ember agyának ereiben CO hatására keletkező elmeszesedések is.

Embernek több olyan megbetegedése van, ami acidosishoz vezet. Ilyen a nephritis, cukorbetegség és mérgezések. Közös vonása ezeknek a megbetegedéseknek, hogy korai arteriosklerosishoz vezetnek.

Az acidosis pusztító hatást fejt ki az arteriák falára, különösen a rugalmas-rostokra, másrészt hypercholesterinaemiához vezet és ily módon egyesíti magában azokat a tényezőket, amelyek az arteriosklerosis keletkezésében elsőrendű fontossággal bírnak.

Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi szakbizottság képviselőihez kell küldeni; a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat

A Gróf Károlyi Sándor közkórház közleménye.

Az Evipanos altatás a gyakorlatban.

Irta: Sándor István dr.

A jó altatás egy esetről-esetre megismételt gyógyszer-tani kísérlet. Az altató kikísérletezi azt a legkisebb gyógyszer adagot, amellyel éppen csak annyira altatja el betegét, amennyire az a műtét egyes szakaszaiban a teljes fájdalomtlanság eléréséhez szükséges.

Ebben az ismeretes meghatározásban benne van röviden az elmúlt évtizedek sok millió altatásának le-szűrt tapasztalata.

Az evipan-natrium bevezetésekor ezeket a tapasztalatokat figyelmen kívül hagyva oly adagolási szabályok láttak napvilágot, amelyek más altatószerekkel szerzett tapasztalatokkal ellentétben voltak.

A barbitursavszármazékok gyógyszer-tanára nézve utalok Weese H. cikkeire. *) Az ő megállapításaiból kétségtelen, hogy az evipanhatalás, mint a többi altatószere, az agysejtekre való elektív hatás, mely legkésőbbben az életfontos központokra hat. Ami a véráramba való befecskendés elméletileg veszélyes, kormányozhatatlan voltát illeti, a gyakorlatban ellensúlyozza az evipan-natriumnak a szervezetben való gyors lebontása és az a nagy távolság, mely az altató hatás és a halálos adag között van. E megállapítások szem előtt tartásával nincs szükség arra, hogy lényeges különbséget tegyünk abban, hogy az altatószer belégzés, vagy befecskendezés útján jut be a vérpályába. Másszóval amely gyakorlati szabályok beváltak a belégzéses altatásokkal, ugyanazok fennállanak bizonyos módosításokkal az evipanos altatók is.

Az evipan altatásnak a beteg szempontjából alig van tilalma. Éppen az idős, gyenge betegeken lehet az evipanalaltatás előnyeit legjobban kihasználni. Ha bármely okból gyenge a keringés és gyengék az összes életműködések, kevesebb evipantól fog a beteg hosszú időn át mélyen aludni. Szó sem lehet előre meghatározott adagról. Ha az evipan adását abba hagytuk, ne gondoljuk, hogy a beteg hamarosan fölébred. Csak akkor fog ocsudni, amikor az evipant a máj lebontotta, ez pedig annál tovább tart, minél gyengébb a beteg. Az evipannal elaltatott beteg nem fogja a légutjaiba került vért, gennyet, hányadékot kiköhögni. Tilalmas tehát pl. mandulatályogok megnyitása, sőt a nyakon és szájfénéken lévő gennyes, gyulladásos folyamatok műtete is, melyek a légzőutakat beszűkítik. Ugyanis az evipanos altatás kezdetén, vagy pedig ébredéskor görcsök szoktak mutatkozni különböző izomcsoportokban, esetleg a glottisban is, melyek beszűkült légutak mellett súlyos szövődményekre vezethetnek. Az irodalomból ismert halálos evipan altatás, mely két fiatal német sebészt oly tragikus módon elragadott, lehetséges, hogy részben vagy egészben aspiratio következtében is jött létre s nem csupán az evipannak tulajdonítandó. Ez a meg-gondolás továbbá az a körülmény, hogy egyelőre nem tudhatjuk hogy bizonyos mennyiségű evipan bizonyos egyénben mennyi ideig tart fenn mély alvást és mennyi ideig okoz felébredés után is álmodást, arra figyelmeztet, hogy ambulans betegeket evipannal ne altassunk. Baleseti sérültek ellátásakor csak biztosan üres gyomor esetén altassunk evipannal, avagy előbb ürítsük ki a gyomrot. A magam részéről a rövid ideig tartó

fájdalmas beavatkozásokhoz (ficam, törés, foghúzás) helyesebbnek látom a felületes aetheres, vagy chlor-aethyles bódítást, mint az evipant, ha helyi érzéstelenítésben nem volnának elvégezhetőek. Nagyon legyengült, septikus, kivérzett betegek ismételt sebészi ellátásakor szintén a legnagyobb óvatosságra van szükség. Az ily betegek rosszul tűrik a beavatkozásokat és valóban nehéz annak elbírálása, hogy a három tényező közül, (alapbetegség, műtét, altatás), melyik volt inkább oka a rossz végnak. Az alábbi eset élenken bizonyítja, hogy mily súlyos beteg is altatható evipannal:

70 éves lueses, cukorbeteg, súlyos ütőérelmeszesedéses beteg bal alsó végtagja térdig üszkösödött, jobb lábfejen száraz elhalás. A beteghez eleinte nem mertem hozzányúlni, mert úgy látszott, hogy a halál nincs messze. Mind-össze kevés morphiumot kapott fájdalomcsillapítás céljából. Az állapot másnapra sem változott és az elhalt végtag bűze oly kibírhatatlan volt, hogy kénytelen voltam a bal végtagot csonkolni. Egy liter cukoroldat infúziója közben mind-össze 1½ ccm 10%-os evipan-oldatot kapott, amelytől 5 órán át mélyen aludt. Felébredve enni kért, fájdalmait megszüntek és majdnem 2 nappal túlélte a beavatkozást.

Minden beteget altatás előtt alaposan megvizsgálunk és a műtetre és az altatásra, amennyiben szükséges, diatétán és gyógyszeresen előkészítünk. Ehelyütt szeretnék a cukorbetegségeket altatásáról megemlékezni. — *Horn dr.* munkatársammal több irányban végeztünk kísérleteket, hogy a különböző májbetegségek befolyásolják-e az evipan-lebontást. Vizsgálataink sajnos sok pozitív eredményt nem adtak, mert hisz oly esetet, hol súlyos szöveti májártalom volt megállapítható, ill. gyanítható, evipannal nem mertünk altatni. Azonban számos cukormegterhelést és vércukormeghatározást végeztünk evipanos altatás előtt, alatt és után. E vizsgálatokból kétségtelenül megállapítható volt, hogy az evipan-lebontás az anyagcserének ezt a részét egyáltalán nem befolyásolja. Cukorbeteg betegeket, ha van idő az insulinnal történő beállításra, ma már épúgy altathatunk és operálhatunk, mint más betegeket. Evipannal minden ártalom nélkül altathatók. Cukorbetegsége sűrűs műtetei esetében, mikor beállításra nincs idő és a súlyos gyulladás vagy elhalás, — hisz rendszerint erről van szó, a diabetest és a ketonaemiára hajlamot nagy mértékben fokozza, a beavatkozás elvégzéséhez az evipanos altatás minden más módszernél alkalmasabb. Altatás közben bőségesen adunk a gyűjtőérbe cukrot. Utána a bőr alá megfelelő mennyiségű közönséges insulint. Számos fias kelést, súlyos kötőszövetgyenedést, septikus cholangitist (részben kövel) operáltunk így. A cukorbeteg nem rosszabbodott, a ketonaemia gyorsan eltűnt és megfelelő étrendi és protinsulinos kezelés mellett a fertőző góc feltárása után a betegek gyorsan javultak. Magától értetődik, hogy a fertőzött, súlyos esetekben csak a legrövidebb idő alatt kivihető szádlásokat és nem a gyökeres műtéteket végezzük el a beteg epehuzamon.

A jó altató ép oly fontos szereplője az altatásnak, mint a jól átvizsgált és előkészített beteg. Vele szemben az altatás szempontjából ugyanazok a követelmények állanak fenn, ha evipan-natriummal altatunk, mint bármely más gyógyszerrel altatás esetében. — Az altatás annyira fontos, hogy minden orvos elméletileg és gyakorlatilag az eddiginél nagyobb mértékben volna kiképezendő. Altató szakorvos nagyon megnyugtató szereplője a nagy műtéteknek, alkalmazása azonban csak nagy intézetekben képzelhető el. Egész kivételes esetben tartom megengedhetőnek az altatás, vagy inkább a kábítás nem orvosra bízását a műtőorvos ideg-feszítő ellenőrzése mellett. Ahol eddig laikus altató (műtőtermi segédszemélyzet) működését volt alkalmam megfigyelni, munkájukban a felmerülhető veszélyek nem ismeré-

*) Weese H. „Moderne Schlafmittel Therapie u. Basis-narkose“. Arch. für Exp. Pathologie u. Pharmakologie. Bd. 181, H. 1.

sén alapuló bátorságot csodáltam. Általában túlságosan mélyen altattak. *Evipanos altatást kizárólag orvosra szabad bízni.* Az altatás magasabb művészetének elsajátításához ép úgy különleges rátermettség és sok gyakorlat kell, mint bármely más szakma művészi gyakorlásához. Annak elbírálása, hogy adott esetben mely altató eljárásra kerül sor, a sebész dolga. Sajnos az anyagiak is befolyással vannak a választásukra. Részletkérdésekről vitatkozni e téren teljesen célszerűtlen. — Osztályunkon a beteg kívánságát, amennyire lehet figyelembe szoktuk venni. Műteteinknek kb. felét helyi, vezetéssel vagy gerincgáti érzéstelenítéssel végeztük. A többit chloraethyles, vagy aetheres bódulatban vagy aetheres altatásban, ill. evipanos altatásban. Chloroform nincs az osztályon. Nem tudnám pontosan megindokolni, hogy az évek folyamán a műszertárunkban meglévő és jól bevált altatókosarakat és készülékeket miért mellőzzük. A közönséges Schimmelbusch kosárral vagy 8 rérétegű fátyolkendővel altatunk. Akár bódításról, akár hosszú altatásról van szó, ezekre csepegtetjük cseppenként a chloraethylt, ill. az aethert. A Wanscher-féle gummi-zsákot, valamint a Jilliard-féle Billroth batisztal bevont fullasztókosarat már régebben lomtárba helyeztük, mert ezek használati előírása, a nagy adag aether egyszerre ráöntése, igen rossz eljárásnak bizonyult.

Az altatószerrel takarékoskodásnak két módja van. Az egyik valamely opium alkaloidával előkészítés, a másik a már bealtatott betegnek a helyi érzéstelenítés elvégzése, a fájdalom okozta reflexek csökkentése céljából. A betegnek legalább 1, de inkább $1\frac{1}{2}$ órával az altatás megkezdése előtt teljes adag (2 ctg morphiumnak megfelelő) valamely opium alkaloidát adunk bőr alá. Gyenge betegnek kevesebbet. Célszerű az egyidejű atropin a nyálazás csökkentésére. Hibásnak tartom azt az eljárást, mely közvetlenül a műtét előtt megismétli, vagy adja az opium alkaloidát. Sohasem tudhatjuk előre, hogy a beteg miképpen tűri a morphiomot. Emiatt hibásnak tartom, hogy még altatószert adjak a betegnek a morphiumhatás legnagyobb fokának elérése előtt. A kétféle altatószer ismeretlen hatásának összeadódása könnyen súlyos következményekkel járhat. A tapasztalat azt mutatja, hogy a fentírt másfél óra betartása mellett a morphiumnak a légzőközpontra gyakorolt hatásától nincs mit tartani és csak azt érzük el vele, hogy a második altatószerünkkel takarékoskodunk. A köldök felett végzett hasüri műtétekkor tapasztalható, hogy a fali hashártya és a bélfodrok vonaglása a már nyugodtan alvó beteg prelést, lélekzetvisszatartást vált ki és a jóindult altatás elromlik. Ha ily esetben a fali hashártya alá és a bélfodrokba valamely érzéstelenítőszer fecskendezünk be, a beteg megnyugszik, nem présel és az altató könnyebben és főként kevesebb altatószerrel tudja betegét továbbaltatni. Ez a tapasztalat bírt engem arra, hogy más műtétkor is a már altatott betegnek a helyi érzéstelenítést elvégezzem. Az erre fordított rövid idő sokkal kisebb ártalma a szervezetnek, mint amennyi hasznót jelent a sima lefolyású altatás és az altatószer megtakarítása. Hosszú beavatkozáskor a műtét kevéssé fájdalmas szakaszait sikerül néha ily módon altatószer adagolása nélkül végezni. Hosszú műtét legvégén némelykor néhány öltés miatt a préselő beteget újból mélyen be kell altatni. Néhány fecskendő novocainnal, melyet a hasfalba fecskendezünk, ez nem egyszer elkerülhető.

A belégzés útján a vérbe jutott altatószerek az adagolás beszüntetésekor úgyszólván egész mennyiségükben elbontás nélkül a tüdőn keresztül távoznak a vérből. Az evipan nem ilyen módon ürül ki; arány-

lag gyorsan lebontja a szervezet, elsősorban a máj. A lebontás gyorsasága a keringés és májműködés függvénye. Mint már említettem, e megfontolás alapján nem helyes bármiféle adagot előre elméleti alapon meghatározni. A továbbaltatás pedig semmiképpen sem történhet úgy, hogy mondjuk az elalváshoz szükséges evipanmennyiség egy bizonyos részét ráadásként a visszerbe fecskendezzük. Ez az ajánlat nem egyéb, mint visszaélés az evipan könnyű lebontásával és az altató és halálos adag közötti nagy távolsággal. Vajjon kinek jutna eszébe, hogy az elaltatott beteg altatókosarára, aki tegyük fel 100 ccm aether felhasználása után aludt el, még 50 ccm aethert ráöntsen? Szabály szerint a már alvó betegnek annyi aethert csepegtetünk a kosarára, amennyit kilélekzik. Mint tudjuk, mentől hosszabb az altatás annál kevesebb és a műtét egyes szakaszaihoz alkalmazkodva hol több, hol kevesebb aethert csepegtetünk. Elméletileg tehát annyi csepp evipant kellene a beteg vérebe juttatnunk, amennyit a máj lebont. Ez a tökéletes evipan altatás talán állatkísérletben kivihető, emberen úgy vélem a gyakorlatban lehetetlen volna, de nem is szükséges. Amint a beteg elaludt, az evipan adását azonnal megszüntetjük és csak amikor az ébredés jeleit észleljük, akkor adunk újból lassú cseppekben evipant. A beteg újból rövidebb-hosszabb időre elalszik és amikor szükséges ez a szakaszos adagolás megismételhető. A beteg arcának, bőrszínének, érverésének, légzésének, stb., stb. állandó megfigyelése a műtét különbözőképpen fájdalmas egyes szakaszainak előre való tudása és a helyes adagolásnak mindezek figyelembevételével irányítása, valóban nem könnyű feladat. Ez a tulajdonképeni művészet az altatásban. Jó berendezéssel és kellő körültekintéssel a feladat a legnehezebb esetekben is jól megoldható.

Van azonban egy másik igen fontos kérdés. Mennyi az az összes evipanmennyiség, amelyet lassú cseppekben adva a szervezetben lebonthatunk, anélkül, hogy akár a máj, akár bárhol másutt a szervezet könnyebben vagy súlyosabban ártalmát látná. Az alkalmazható altatószer összes mennyiségének a kérdése ez, amelyre tulajdonképen nagyon nehéz megfelelni. Helytelen adagolás már kis mennyiségben is megölheti a beteget. Jelen esetben a helyes adagolást feltételezve foglalkozunk e kérdéssel.

Az elhasznált altatószer összes mennyiségének függvényei azok a kóros tünetek, amelyeket általában az altatás utókövetkezményeinek szoktunk elkönnyvelni. Sárgaság, fehérje a vizeletben, néha napokon át tartó hányás és étvágytalanság, zavarok a szívizomzat működésében, stb., stb., azok a rendszerint múló tünetek, melyeknek halálos alakjait különösen régebben, a chloroformos altatások idejében volt alkalmunk észlelni. A légutak részéről mutatkozó zavarokat csak részben és csak a belégzéses altatószerek használatakor sorolhatjuk ide. Ez ártalmak elkerülése végett kell arra törekednünk, hogy altatószerünk mentől kevésbé legyen mérgező, másrészt ezért kell alkalmaznunk a már fentebb felsorolt eljárásokat, hogy mentől kevesebb altatószerrel mentől hosszabb időn át tudjunk altatni. Az evipan e szempontokból is a legjobb altatószerek közé tartozik. Hiszen vannak közlések, hogy egyes szerzők 4, sőt 6 g evipant is mertek elhasználni, minden nagyobb baj nélkül. Az adható összes evipanmennyiség rendkívül sok, előre ki nem számítható körülménytől függ. Teljesen önkényesen és minden tudományosan megindokolható alap nélkül egészséges, erős egyénnek

2 g-ban, idősebb, gyengébb egyénnek 1 g-ban állapítottam meg az evipan legnagyobb adagját*). — Az évek hosszú során át 680 evipan narkosis esetében e túlzottan óvatos adaggal, úgyszólván mindig beértük. A betegek, a már fent leírt módon, opium alkaloidával elő voltak készítve. A műtétek között számos kétórás műtét is van. Gyomor- és bélresectio, epehuzamműtétek, lépkiürítések és emlőrákműtétek szerepelnek az evipannal altatottak között. Alig néhány esetben fordult elő, hogy az előre meghatározott és készülékünk fecskendőjébe felszívott evipannmenyiség a műtét bevégezése előtt elfogyott. Ezekben az esetekben a morphium- és evipan basisnarkosis alapján tényleg néhány ccm aether elegendő volt a műtét befejezéséhez.

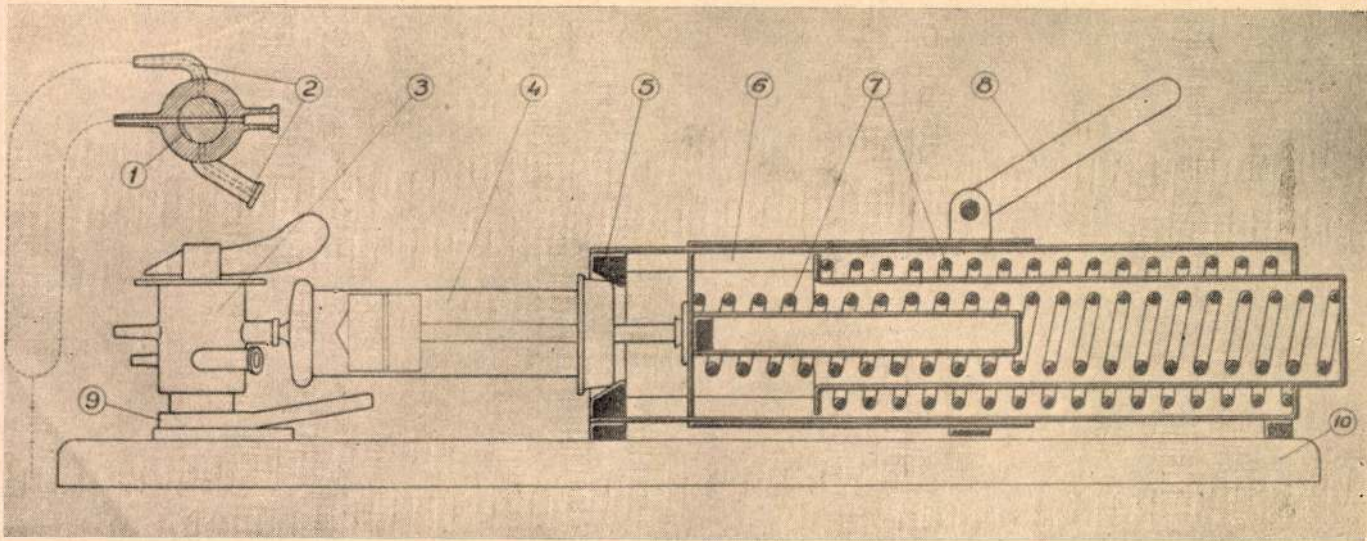
Az evipan előnye a legkényesebb esetekben a leginkább szembetűnőek. Az elalvás izgalom nélküli, a vérnyomás nem süllyed jelentékenyen. Véletlen „paravenás” injectio kellemetlen ugyan, de nagyobb reactiót, vagy elhalást nem okoz. Altatás utáni hányás ritkán fordul elő és nem tart hosszú ideig. Az evipan előnyeit cukorbeteg altatásakor már említettem, ezt a körülményt Grosser (Ztbl. f. Chir. 1938. 4. sz.) szintén kiemeli. Az én megállapításom, hogy különösképpen hosszú műtétkor és a legkényesebb altatások alkalmával válik be leginkább az evipan, régebbi közlésekkel talán ellentétben van, azonban az újabb irodalomban számos szerző tör lándzsát az evipan hosszú beavatkozásokor használatára érdekében. A magyar irodalomban Bud és Faykiss, a német irodalomban úgy tudom Kirschner és Bürckle de la Camp voltak azok, akik legrégebben ajánlották a szakaszos evipanfecskeendést hosszú műtétekhez. Azóta a szerzők sora nagyon megsaporodott. Az újabb irodalomból felemlíten Dimtza, valamint Lange és v. Wolffersdorff nevét, akik helyi érzéstelenítés kiegészítéseként ajánlják a szakaszos evipanfecskeendést. Ez utóbbi eljárás lényegében egyezik az én eljárással, a különbség csak az, ők előbb érzéstelenítenek, azután altatnak és pedig a bealtatott beteget érzéstelenítem. A magam eljárását a beteg lelki kímélése szempontjából helyesebbnek tartom. Igen gyakran a műtét hosszú szakaszait lehet a felébredt és érzéstelenített betegen altatás nélkül végezni. Az evipan további nagy előnye, hogy a beteg az egész műtétet, mint lelki élményt teljesen elfelejti. Nem egyszer megesett, hogy délután a beteg azt állította, hogy a mai nap folyamán fogják megoperálni és csodálkozott, amikor bebizonyítottam neki, hogy a műtét már délelőtt megtörtént. Legtöbb szerző az evipánról megjegyzi, hogy amíg kevésbé mérgező szer nem lesz, az evipan oly jó, hogy máris lehet használni. Magam eddig csak evipannal dolgoztam, mert egy közleményben sem olvastam, hogy az eddig ajánlott „intravenás” altatószerek hasonló jók, vagy jobbak volnának, mint az evipan. Kétségtelen, hogy amennyiben jobb, kevésbé mérgező gyógyszer ajánlanának, úgy azt kell használni. Szerény nézetem szerint azonban az evipan olyan kitűnő altatószer, hogy igazán megérdemelné, hogy sokkal jobban elterjedjen az általános gyakorlatban, mint eddig, mert igen sok esetben jobb és veszélytelenebb, mint az aether. Semmi esetre sem óhajtók a különböző irodalmi adatokkal, amelyek az én tapasztalataimmal nem mindenben egyeznek meg, vitába szállni. Feltélen meghajlok Bauer K. azon megállapítása előtt, hogy az altatás területén az egyesek hittételei mindig nagyon különbözőek lesznek. Azért mégsem hagyhatom szó nélkül Jones azon állítá-

sát, amelyről Narat emlékezik meg. (Zbl. f. Chir. 1938. 48. sz.) Említett szerző ugyanis a végbélen át adott evipannal akar teljesen mély altatást elérni. — Véleményem szerint ezt a kérdést lezártnak lehetne már tekinteni. A végbélen át történő altatószeradagolás, amilyen jó mint „basisnarkosis”, annyira bizonytalan és veszélyes teljes mély altatások elérésére.

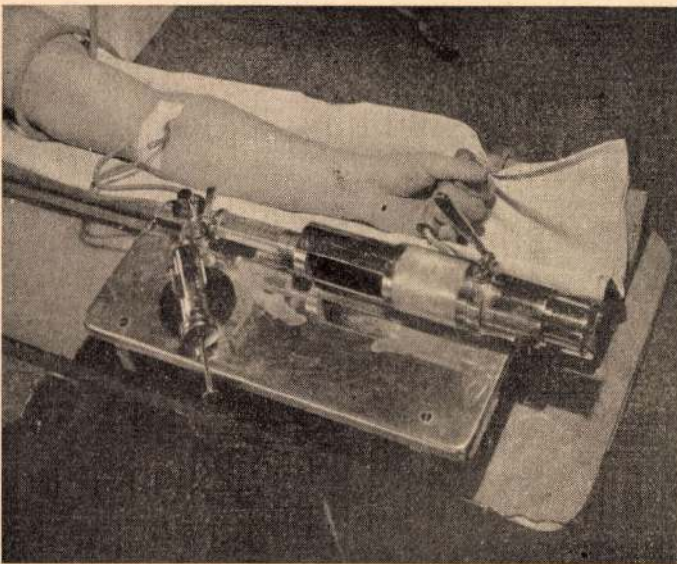
Az evipan hátrányairól közleményem elején már megemlékeztem. A betegek megválogatásával a hátrányok legnagyobb részt elkerülhetők. Nem kerülhető el azonban a némely esetben túlságosan nyugtalan ébredés, melynek okát adni nem tudom. Az opium alkaloidával történő rendszeres előkészítés óta ritkábban látjuk. Főként fiatalok, iszákosok és neuropathikus egyének azok, akik más altatószerrel történt altatás után is hajlamosak a nyugtalan ébredésre. Ezek a betegek teljesen tájékozatlanok, nem emlékeznek semmire, a hozzájuk intézett megnyugtató szavak hatástalanok. Fel akarnak kelni, ide-oda dobálják magukat és annyira nyugtalanok, hogy kénytelenek vagyunk néha kis adag morphium-skopolaminnal lecsillapítani őket.

Az evipanos altatás menete. A műtetre előkészített és műtőasztalon fekvő beteg karját egy vályúba helyezzük, mely a beteg mellett egy minden irányban állítható asztalkán foglal helyet. Az evipant 10%-os oldatban lassú cseppekben (kb. percenként 1 ccm.) fecskendezzük be a könyökvénába. A beteget számoltatjuk, nehogy észrevétlenül aludjék el és esetleg túlادagoljunk. Rövidebb-hosszabb idő múlva a beteg ásítani kezd, a rágóizma ellazul, az állkapocs hátra esik, jelzi a mély alvást. A befecskeendést ebben a pillanatban okvetlenül abbahagyjuk. A beteg ilyenkor rendesen már nem érez semmit, s minthogy legkésőbb a bőrvérzés múlik el, ha a beteg a bőrmetszést nem jelzi, bátran operálhatunk tovább. Amint az ébredés jeleit észrevesszük, újból cseppeként evipant kell adni. Igen körülményes és helytelen eljárás volna, ha most újból megduzzasztanánk a vénát és újból akarnánk a visszerbe beszűrni és úgy evipant befecskeendezni. Az egyszer beszurt tű bennmarad és igen különböző módon oldható meg a szakaszos újból befecskeendés. Jó az az ajánlat, amely az állandó intravenás irrigatio módjára konyhasót, vagy cukrot ad betegének és az evipant időnként T-cső közbeiktatásával egy másik edényből csepegteti hozzá, vagy pedig a gummicsőbe, mint pótvénába fecskendezi be. Bud egy többjáratú csapot szerkesztett, készülékét az alkarra csatolja és fecskendőkkel, kézi erővel juttat be evipant, vagy bármely más folyadékot a vivőérbe. — Kirschner volt az, aki fontosnak látta, hogy az evipant ne kézi erővel, hanem valamely szabályozható, mechanikus módon fecskendezzük be. A nagyon hosszú ideig tartó műtét az altató figyelmét nagyon is igénybe veszi és a beteg érdekében áll, hogy munkáját megkönnyítsük és egyszerű, de biztos módon adagoljon úgy és annyi evipant, ahogy és amennyi szükséges és közben minden figyelmét a betegre fordíthassa. 1934. elején közöltem egy készüléket, melyet a fenti célra szerkesztettem. A készülék karbantartása annyi gondosságot kívánt, hogy még akkori munkatársammal Perényi Antal gépészmérnökkel egy másik teljesen egyszerű, s immár évek óta jól bevált készüléket szerkesztettem. Az altató orvos csak egy csapot kezel és tetszése szerint abszolút lassú cseppekben, vagy gyorsabb módon annyi evipant fecskendez be, amennyit és amikor óhajt. A nyomóerőt egy kiegyensúlyozott rugópár gyakorolja. A készülék lényege egy duplajáratú csap, amely akként van különböző magasságban átfúrva, hogy az egyik úton evipan megy kis, bemart csatornákon át, amelyekkel a folyadék

*) Az 1, illetve 2 g evipan előre megállapított legnagyobb mennyiség, amelyet feloldunk, de legtöbbször csak egy részét használjuk el egy altatáshoz.

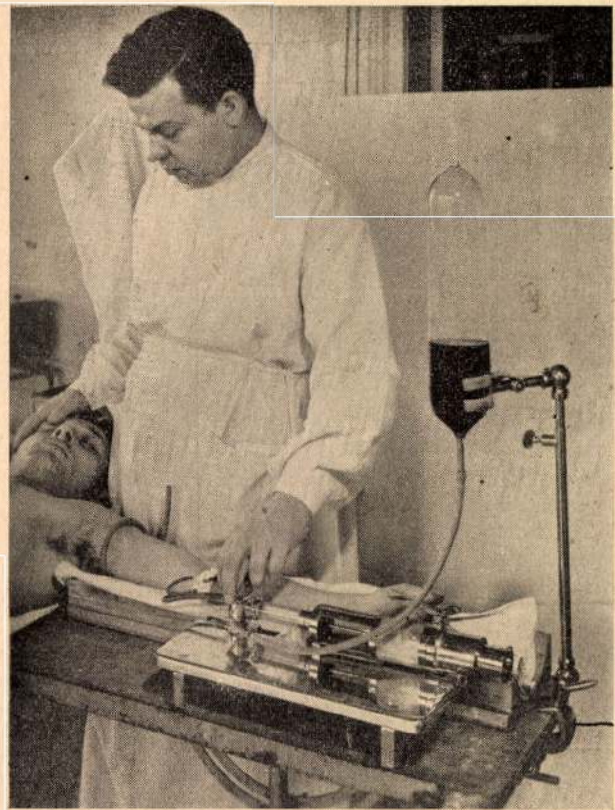


1. ábra. 1., 2., 3. a kettős járatú csap; 4. a befogott evipan-fecskendő; 5. támasztólap; 6. belső rugóház; 7. kiegyensúlyozott rugópár; 8. fékkar, mellyel a rugóműködés bármely helyzetben megszüntethető; 9. rögzítőkar, mely a csapot a 10. alaplaphoz erősíti.



2. ábra. A készülék a befogott evipan-fecskendővel és egy másik tetszés szerinti oldatot tartalmazó fecskendővel.

átáramlása lassú cseppektől erős sugárig szabályozható. A csapot szabályozó karnak nyelve beosztás előtt mozog, úgy hogy ez a beosztás nagyjában mutatja a tűn keresztülhaladó cseppek számát. A csapon át vezető másik út csak akkor nyílik ki, amikor az előbb említett evipan út zárva van. Tehát a csap egyszerű nyitása, vagy zárása minden téves befecskendést teljesen lehetetlenné tesz. Mint már említettem, a beteg karja vályuban nyugszik, a vénába beszúrt tűt tapasztal rögzítettük, a beteg a vályun alkalmazott fogantyút megfogja, karja nincs leköttve és nincs leszorítva. Évek hosszú során mindössze kétszer fordult elő, hogy a beteg altatás közben annyira nyugtalan volt, hogy a tű az érből kijött. A csap említett két útjától, miként a rajzon (1. ábra) a pontozott vonalak mutatják, vékony gumicső vezet egy Y alakú üvegcsőhöz. Mivel csak egy irányból jöhet folyadék, a másik zárva van, átváltáskor az Y két szárának egyesülésénél cserélődik a kétféle oldat. A gyógyszer cserélődésének helye olyan közel van a tűhöz, hogy alig $\frac{1}{2}$ ccm fut tovább a gyógyszerből a csap átállítása után. A gyűjtőérben lévő tűn keresztül időnként kevés konyhasóoldatot fecskendünk át, hogy a tű végénél alvadék ne képződjék. (L.: 2. ábrát.)



3. ábra. A cukoroldat állandó beömlését az altató egy kézmozdulattal megszünteti és egyben evipanoldatot adagol helyette.

Beállítható a készülék úgy is, hogy a műtét egész ideje alatt, mikor nem adunk evipant, konyhasó-, vagy cukoroldat folyik át a készüléken. (L. 3. ábra.)

Ugyanígy végezhető vér vissza-, vagy átömlesztése. A fecskendők, a tűk, a gumicsövek a legszigorúbb asepsis megőrzésével alkalmazhatók. A készülék nincs szabadalmazva. A fenti rajz és képek után ügyes mechanikussal elkészíttethető.

Összefoglalás:

1. Az evipan-natrium nemcsak rövid, de hosszú műtétekhez is igen alkalmas altatószer;
2. Idős, gyenge és diabetikus betegek altatásához jobb, mint az aether;

3. Opium-alkaloidás előkészítés és a műteti terület helyi érzéstelenítése mellett 1, illetőleg 2 g. veszélytelen összmennyiséggel a leghosszabb műtét is elvégezhető;

4. Lassú cseppekben és szakaszosan kell adagolni. Az adagolást hosszú műtétkor automatikusan működő készülékkel könnyítsük meg az altatónak.

5. A szerző ilyen készülékének ismertetése.

A nyíregyházai Erzsébet kórház bőrgyógyászati osztályának közleménye. (Főorvos: Spányi Géza.)

A női kankó és portio erosio helyi kezelésének újabb módja.

Irta: Meinhardt Sarolta dr. kórházi orvos és
Kiszely György dr.

A női kankó nem a húgycsőre lokalizálódó folyamat, hanem inkább a belső nemiszervekre húzódik s a cervix olyan támadási felületet ad a kórokozónak, ahonnan sem a szervezet saját védekező erői, sem gyógyszeres beavatkozás könnyen eltávolítani nem tudja. Különbséget kell tennünk tisztán felületi, a hámrá helyezkedő és mélyebb, szövődmenyes alakok között. Ez részben a betegség várható tartamára hat ki, másrészt a kezelés irányának megválasztásában van jelentősége.

A női kankóhoz, de más folyással járó betegséghez is igen gyakran társul a portio erosioja; igen változatos alakban jelenhet meg, azonban mindenképpen állandó szövétizgalmat jelent, sérülékeny, vérzékeny felületével úgyszólván nyitott kapu a fertőzésekre, végül pedig rosszindulatú burjánzásba is át csaphat. Általános tapasztalat és felfogás, hogy az erosiót, amíg a folyás tart alig sikerül gyógyítani, ezért minden egyéb oki kezelés a fluor befolyásolását célozza.

A gon. kezelésében három irány követhető: helyi kezelés, általános orvoslás és chemotherapia.

A helyi kezelés leghasználatosabb és legeredményesebb eljárásai: hypermanganos, chlórzinkes, tejsavas, formalinos hüvelyöblítések. Száritó kezelés különféle boluskeverékekkel, amelyekben a hatóanyag valamilyen ezüstkészítmény. Tamponos kezelés ezüstkészítményekkel, trypaflavinnal, ichthyol-glycerinnel, gonoyatrennal stb. Portiofürdők hypermangannal, ezüstnitráttal, faecettel, stb. Az erosiók kezelésére különféle edző eljárások, főleg HNO₃ használatosak, vagy a Hollaender-féle hőlégkezelés. Cervix kezelésre Ag-készítmények, formalin, alkoholos jodoldat, Bisteril, alkoholos Brillantgrün oldat stb. használhatók.

Általános kezelésre a heteroprotein (főleg tej), a lázkeltő (pyrifer, malaria) és a specifikus vaccina therapiák ismeretesek. Kétségtelenül hatékonyan támogatják a kezelést, különösen szövődmenyes esetében. A specifikus vaccinás kezelés is igen szép eredményeket ad, azonban többen kimutatták, hogy a felületi folyamatok, amelyek seronegativak, a helyi antitest hiány miatt erre nem reagálnak (Bucura, Schwartz).

Chemotherapiás kezelésre régebben leginkább trypaflavin, vagy más akridin festékek szolgáltak érbe adva. Egyesek dicsérik az i. v. ichthyolt is. Ujabban a paraaminobensósulfamidtól és annak származékaitól (Elektyl, Uliron) vártak nagy eredményeket. Azok sok szempontból kitűnőnek is bizonyultak, azonban csaknem minden szerző egyöntetűen arra az álláspontra helyezkedik, hogy ezek mellett a helyi kezelést tovább kell folytatni. (Brezovsky, Hercz)

Mint látható, a helyi kezelés nem mellőzhető egy kezelési mód alkalmazásakor sem, sőt leggyakrabban ez áll előtérben. Osztályunkon, amely mint zárt buja-osztály, nagy beteganyaggal rendelkezik, — a következő kezeléseket alkalmaztuk: Hypermanganos öblítés naponta háromszor, reggel formalinos, vagy alkoholos-brillantgrünös cervixsonda, vagy bisteril. Makacs esetekben cervix curettage. Lúgos váladék esetén naponta 1%-os sósavas portiofürdő. A portioerosio kezelésére HNO₃-as edzés, hypermanganos portiofürdők. Szövődmenyes esetén parenterális tej lázkeltség céljából. Adnexitis esetén nyugalom, borogatás, a helyi kezelés beszüntetése, ichthyol i. m., jod i. v. és ultrarövid hullámú kezelés. Általában igyekeztünk a kezelést mindig a kórformához alkalmazni, nem ragaszkodtunk egyféle kezelési módhoz. Mivel az osztályon kezelt betegek az osztályt csak akkor hagyhatták el, ha már gyógyultak, vagy legalább annyira javultak, hogy a fertőzés veszélye nélkül kiengedhetők voltak, elég pontos képet nyerhettünk a női gon. valamint a cervix erosioinak lefolyási idejéről. Általában a kezelési idő átlagban 3 hónap körül mozgott, azonban igen sokszor az erosiók még ennyi idő alatt sem javultak teljesen.

A helyi kezelésre néhány évtizeddel ezelőtt már próbálták alkalmazni a methylenkék oldatát, azonban igen kevés eredménnyel, úgy hogy az ezüst készítményekkel szemben szóba sem jöhetett. A húgyutak fertőzése esetén már több sikerrel alkalmazható a per os adagolt methylenkék s e célra különféle methylenkék készítmények, különösen férfi kankó kezelésében ma is használatosak. Elméletileg a methylenkének igen hatásosnak kellene lenni, azonban enterális, vagy injectiós alkalmazás esetében a szervezet nagy folyadéktömegében igen fölhígul és ilyen módon kétséges, hogy lehet-e számottevő hatása. A helyi alkalmazás két okból is kilátástalan. Egyrészt a methylenkék colloidalis festék, amelynek physico-chemiai tulajdonságait elektrolitek, pH. változás, adsorptios folyamatok stb. nagy fokban megváltoztathatják. A gyulladásos területen ezek a tényezők fokozott formában vannak jelen, vagyis a methylenkék jórészt hatását veszti, mielőtt a bakteriumokhoz jutott volna. Másrészt ugyanezen akadályok szerepelnek részben akkor, mikor a gyógyszert a nyálkahártya védett helyein, mirigyjáratokban, ráncokban stb. megbújó bakteriumokhoz akarjuk juttatni; ugyanis az egyébként jól diffundáló festék diffusibilitása erősen csökken. A gyógyszert a rejtett fészkekbe bejuttatni a legnehezebb feladat épen a gon. kezelésében. Erre a célra készültek a különféle habzó pálcikák, amelyek a hatóanyagot ezekbe az egyébként megközelíthetetlen rejtett fészkekbe igyekeznek bejuttatni.

Amíg a folyamat felszínes marad, a szervezet részéről csak helyi védekezési folyamatok indulnak meg, amelyek leukocytá-odavándorlásban, bővérűségben, fokozott mirigytevékenységben, egyszerűval genyes folyásban nyilvánulnak meg. A hámon zajló folyamatok a szervezet humoralis védekezése szempontjából alig megközelíthetők, hiszen ilyen esetek seronegativak, ami azt jelenti, hogy antigen a szervezetbe nem jut be és így antitest sincsen.

Vitalis festési kísérletekkel kapcsolatban merült fel annak a gondolata, hogy a colloidalis festékeket védőcolloidhoz kötve juttassuk el a támadási pontra. Erre a célra legalkalmasabbnak a serum mutatkozott. Ilyen serumos methylenkék oldatokat készítettünk és megpróbáltuk alkalmazni helyi kezelésül.

A nagyobb töménységben alkalmazható festéknek bactericid hatása ilyen formán maradék nélkül érvénye-

sülhet, annál is inkább, mert a védőcolloiddal védett festék akkor lép tulajdonképpen actióba, amikor rendeltetési helyére eljutott, vagyis a bakteriumok, részben pedig a fehér vérszerek fehérjebontó hatására védőcolloidjától megszabadult. A serumban oldott és védett festék a legfinomabb nyílásokon is bediffundál és a felülethez erősen tapad. A methylenkék erős bactericid hatásán kívül, még egy szerepet kell neki tulajdonítanunk. Nevezetesen azt, hogy megfelelő katalysator jelenlétében oxygent képes leadni. Ez az oxygen lehet talán részben magyarázata a bactericid hatásnak is, másrészt azonban a gyulladásos szövetben in statu nascendi megjelenő oxygen a gyulladásos termékek oxydálásával is nagy szerepet játszhat. Remesow (1933) kimutatta, hogy a cholesterin katalysatorként szerepelhet az oxydatiós folyamatokban. Az oldóserum cholesterinje tehát még sejtoxydase jelenléte nélkül is megindíthatja az oxygen lehasadását, vagyis a methylenkék a sejten, illetőleg bakteriumon kívül is fejthet ki kívánatos hatást (és a methylenkék nagyobb része nem is jut be sejtbé, vagy bakteriumba). Azonban a methylenkék nem az egyedüli hatékony componens. A serum, amelynek pontos isotoniájáról, sóösszetételéről és pH-járól a szervezet messzemenően gondoskodik, olyan oldóközeget jelent, amely a lehető legközömbösebb a szövetekre. Ezeket a tulajdonságokat a serum sokáig megtudja tartani; ez azzal a következménnyel jár, hogy a gyógyszer bevitelével semmiféle izgalmat nem okozunk, ami pedig általában, más eljárások esetén egyáltalán nem mondható el, hiszen ezért is tiltják sokan a friss esetek helyi kezelését. A serumnak ez a tulajdonsága még azzal is jár, hogy a gyulladásos területet a megváltozott chemismus, hydrogenion- és sóconcentratio következtében beálló circulus vitiosusból kirántja, amennyiben puffer-systemáival és colloidjaival a rendes viszonyokat helyreállítani törekszik. A gyulladásos folyamat a sejtek és szövetek colloidchemiai egyensúlyát bontja meg; ennek következtében megváltoznak a permeabilitási viszonyok, a táplálkozási és egyéb sejttevékenységek, stb. Az ilyen módon megváltozott szövetekben, ahol a normalis sejtfunkciók sem folyhatnak zavartalanul, igen kis lehetőség van a cellularis védekezés eredményes lefolyására. A saját életfunkcióik biztosításáért küzdő szövetek alig jelentenek gátat az egyre szaporodó kórokozóval szemben. Ha azonban a sejtek és szövetek colloidalis viszonyait sikerül a normalisra, vagy ahhoz közel visszaállítani, akkor a szervezet természetes védekező erői elegendők a fertőzés megállítására. Itt azután a másik oldalról a methylenkék kapcsolódik megint a folyamatba. In vitro végzett kísérletekben a methylenkék nagy hígításokban is bactericid hatású. Ismeretes azonban, hogy az in vitro kísérletek ebből a szempontból nem azonosíthatók teljesen a szervezetben lefolyó jelenségekkel. A szervezetben a legerősebb hatású desinficiens is legtöbbször csak akkor öli a kórokozót, amikor már a sejtekre is káros töménységben alkalmazzuk. A methylenkék esetében sem szabad azt várnunk, hogy az aránylag nagy concentratiojú festék gyors gyógyulásra fog vezetni. Hogy ez nincs így, azt bizonyítják azok a próbálkozások, amelyek a methylenkék vizes oldatának alkalmazásával eredménytelenül folytak. Valószínű azonban, hogy ha a festék nem pusztítja is el a kórokozót, de virulentiáját tetemesen csökkenti. Ha már most a szövetek csökkent ellenállóképességét sikerül egyidejűleg vissza állítani, sőt esetleg azok védekezését fokozni, úgy a bakteriumoknak áldozatul kell esniök a szervezet védekező folyamatainak. Nem bizonyítható, de valószínű, hogy az oldóserumban je-

lenlevő kevés antibaktericid immunanyag is segítségére jön a szervezetnek.

A serum-methylenkés kezelést a következőképpen folytattuk. Reggel serum-methylenkés cervix sonda kezelés, amely után a hüvelybe serum-methylenkés tömőt (tampont) helyeztünk. Egyéb kezelést nem adtunk még erosio esetén sem. 32 esetet kezeltünk ilyen módon és tapasztalataink igen biztatóak. A folyás már egy-két cervixkezelés után hígabb és tisztább lett, bár a bakt. lelet ekkor még változatlan volt. Általában 2—3 heti kezelés után váltak az esetek extra és intracell. pozitívól extracell.-á, illetve tetemesen csökkent folyás mellett a bakteriumok jóval kevesebbé. További 3—5 heti kezelés adott negatív bakt. leletet. A kezelt esetek kis része új beteg volt, de legtöbbször nem friss kankó, míg a betegek nagyobbik része már 1—2 hónapja, gyakran 3—4 hónap óta osztályunkon állott kezelés alatt a fent leírt módok szerint, anélkül, hogy jelentős javulást mutattak volna. A bakt.-leletet befolyásolni nehezen sikerült és az esetek nagy részében jelenlevő erosio csaknem változatlanul fennállott. Legmeglepőbb jelenség volt éppen a serum-methylenkék bevezetése után, hogy az addig alig reagáló erosiók gyors hámosodásnak indultak s általában 7—8 nap alatt eltűntek. A fekélyszerűen mély erosiók gyógyulása is csak legfeljebb 16—18 napig tartott. Példaképpen közlünk két kórtörténetet:

O. R. 18 é. Felvétel 1936. III. 4-én. 2 hónapja van folyása. Jelen állapot: A külső nemi szerveken nincs eltérés. A méh rendes nagyságú, anteflectált, szabad, a méhagys (parametrium) üres. A hüvely és a portio belövellt, a méhszáj körül vérzékeny erosio. Bő, sűrű, genyes cervicalis váladék. Bakt. lelet: u.-c. extra-intra cell. gon. Kezelés hypermanganos portiofürdő, formaiinos sonda, lapisos hügcscöfecske. Az erosio HNO₃-as edzése. III. 4-től kapta ezt a kezelést. V. 18-ig. Erosioja gyengén hámosodott, váladéka e. i. cell. maradt, kevés sűrű genyes folyás. V. 18-tól kezdve serummethylenkés cervixsonda és hüvelytampontkezelés. V. 23.-án cervicalis vál. negativ. V. 25. Erosioja eltűnt. V. 28. Váladék negativ. V. 29. provocatio után vett váladék negativ. V. 30. Gyógyultan távozik.

J. J.-né, 23 é. Felvétel 1936. IV. 22-én. Néhány hónapja van folyása. Jelen állapota: A külső nemi szervek épek. A portio nagy, puha, a méh egyenes állásban van, rendes nagyságú, szabad. A méhagys üres. Az egész portio erodált, cervicalis váladék kevés, híg, genyes. Bact. lelet: cerv. vál. e. i. cell. gon. Kezelés: hypermanganos portiofürdők, formaiinos, majd brilliantgrünös cervixsonda, az erosio edzése HNO₃-al. A beteg V. 18-ig kapta ezt a kezelést. Erosioja nem javult, cervicalis váladék e. cell. lett, folyása csökkent. Ekkor vezettük be a serum methylenkék kezelést (cervix sonda és hüvely tampon). Erosioja gyorsan hámosodni kezdett s VI. 4-re begyógyult. VI. 14-én váladéka negativ. A provocatio után vett váladék is negativ. Gyógyultan távozik.

Általánosságban azt tapasztaltuk, hogy azok az esetek amelyek először kerültek kezelésre, vagy a serum-methylenkés kezelés előtt még csak rövid ideig, néhány hétig állottak más kezelés alatt, gyorsabban mutattak javulást, mint a már előzőleg hosszasan kezelt betegek, akik nem egyszer úgyszólván évenként jelentek meg az osztályon, ahol több hónapig kezelés alatt állottak. Ebből arra lehet következtetni, hogy a kezelési módok sokszor tünetmentessé teszik ugyan a beteget, de meg nem gyógyítják, másrészt azonban a hosszas és erélyes, gyakran durva beavatkozást jelentő kezelési módok megedzik a nyálkahártyát. Ez nem jelent védelmet az újabb bakterium invasio ellen, sőt az ilyen nyálkahártya a védekezésre alig képes, ezért mindig nehezebb az újabb fellobbanásokat tünetmentessé tenni. Ez is amellezt szól, hogy a kezeléskor a hangsúlynak nem a bakteriumok gyógyszeres elölésén kell lennie, hanem a helyi szövetvédekezés támogatásán. Ezért van az általános irányú kezelési módnak és a vaccinatio-nak gyakran oly szép eredménye régi kankó esetén.

Ám, ha a nyálkahártya már szinte hegszövétté alakult, a humoralis védekezésnek alig lehet eredménye. Ki kell mondanunk, hogy a baktériumok előléseire irányuló minden olyan kezelési mód, amely az amúgy is beteg nyálkahártyát izgatja, vagy edzi, káros. A kankó helyi kezelésében tökéletes gyógyszernek kell tartanunk a serumos methylenkék, mert a szövetek részere legközelebbi oldószerben bevitt gyógyszerrel van szó, amelyben az oldószer a gyógyszeres hatást biológiai alapon nem kis mértékben támogatja. Természetesen csak helyi kezeléssel van szó, amely nem zárja ki, vagy teszi feleslegessé esetleges általános, vagy chemotherapiás kezelés alkalmazását, különösen akkor, ha a folyamat már kizárólagos helyi jellegét elvesztette.

Égészen külön kérdést jelent az erosiók gyors gyógyulása a serumos methylenkék kezelés alatt. Az erosio ritkán jelent valóságos hámfosztott területet. A felszín könnyen leváló hengerhám borítja, amely az alatta levő kötőszövetbe mirigyek alakjában is benyomul. A felszín gyakran papillaris képet ad, míg a mirigyek cysticus elváltozást mutathatnak. Az erosio területén azonban nem csak a hám elváltozásáról van szó, hanem az alatta levő tunica propria sejt- és érszaporodás következtében valósággal a granulatiós szövet képét veheti fel. Az erosio szeleén a két hámféleség átmeneti helyén, a többrétegű laphámban gyakran vacuolus elfajulás látható. A folyamat az epithel sejtek duzzadásával kezdődik, amely a teljes pusztuláshoz és hámlévaláshoz vezet. A többrétegű laphám helyét azután a méhnyak hengerhámja foglalja el. Erthető, hogy az erosio gyógyulása csak akkor következhet be, ha a többrétegű laphámot bántó tényező kimarad és a többrétegű laphám fokozatosan ismét vissza tudja szorítani a hengerhámot.

Hogy ennek ellenére, a megmaradt folyás mellett is gyógyulhat, sőt meglepően gyorsan gyógyulhat az erosio, annak magyarázatára megint azt kell feltennünk, hogy serumos methylenkék kezelés esetén a hámot elpusztító folyás valamiképpen elveszti káros tulajdonságait. A serum tehát itt ismét a rendes, vagy ahhoz közelálló colloidchemiai viszonyok megteremtésével biztosítja a többrétegű laphám sejtjeinek életlehetőségét. Ugyanakkor valószínűleg a methylenkék, mint anilinszármazék, keratoplasticus tulajdonságánál fogva a hám megújulását serkenti és így gyors gyógyuláshoz vezet.

Összefoglalva a serumos methylenkével szerzett tapasztalatainkat, a következők tűnnek ki:

Heveny, féligheveny és idült női kankó jól és gyorsan befolyásolható. A helyi kezelés nem zárja ki és nem teszi fölöslegessé szövödmények, vagy mélyreterjedés esetén az általános, illetve chemotherapiás kezelést.

A helyi kezelés keresztülvitelére kizárólag serum-methylenkék cervix sondázás és hüvely tamponkezelés szolgált.

Az eredmény azonnal mutatkozott a folyás csökkenésében, higulásában és feltisztulásában, hamar bekövetkezett a bakteriális lelet változása, egyes esetekben feltűnő gyorsan a gyógyulás is. A gyógyulási idő általában tetemesen megrövidült.

A portioerosiók a folyástól függetlenül általában 7–8 nap alatt, igen kiterjedt és fekélyszerű esetben legfeljebb 16–18 nap alatt teljesen meggyógyultak.

Bronchitis, laryngitis, pharyngitis, pertussis, pneumonia, broncho-pneumonia eseteiben biztos hatású az *Expectin* cseppek. Egy üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratorium, Budapest, VI., Teréz körút 27.

A Szent István-kórház II. sz. sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Mező Béla egyet. m. tanár.)

Vesemetszés kocsónyásítás nélkül időleges tokalatti vérzéscsillapítással.

Írta: Mező Béla dr., egyetemi magántanár.

A vesekövek eltávolítására két út áll rendelkezésünkre. Az egyik a vesemedence-metszés (pyelotomia), a másik a vesemetszés (nephrotomia). A követ vesemedence metszéssel csak akkor távolíthatjuk el, ha a vesemedence a vesén kívül fekszik (extrarenalis pyelon), ha pedig a vesemedence a vesében magában van elhelyezve (intrarenalis pyelon), akkor a vesemetszéshez kell folyamodnunk.

A medencemetszés könnyen elvégezhető anélkül, hogy a vesét helyéből kimozdítanók, csak hátsó vagy elülső falát (*Illyés*) kell annyira szabaddá tennünk, hogy azon a kő nagyságának megfelelő hosszmettszést ejthessünk. A vesemedence sebe nem vérzik, s a műtét veszélytelen.

A vesemetszéshez a vesét egészen szabaddá kell tennünk, s a kiemelt vese kocsányát akár ujjal, akár gummival ellátott puha szorítóval a műtét tartamára le kell szorítani, mert a vesemetszés sebe még abban az esetben is nagyon vérzik, ha a sebést a Zondek-féle vonalban, a vese domborulatának hátsó harmadában ejtjük is, — ahol a vese erei leginkább kímélődnek. A kocsány leszorítását csak a kő eltávolítása után akkor szüntetjük meg, amikor a vese sebet a szádlócsövek behelyezése után már összevarrtuk. Tökéletes vérzéscsillapításra van szükség, mert betegünket meg kell kímélnünk a fölösleges vérvesztéstől, de fontos a tökéletes vérzéscsillapítás azért is, mert nyugodtan, úgy hogy a műtét területét jól áttekinthessük, csak vérzésmentes területen dolgozhatunk.

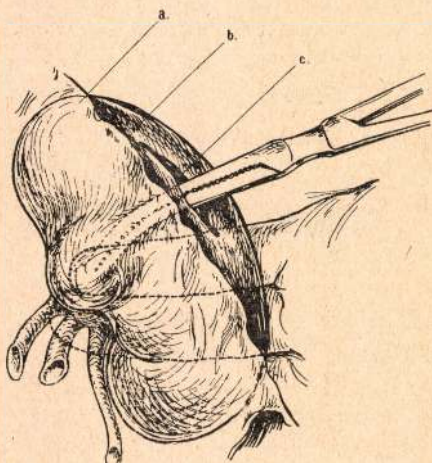
A vesemetszés ilyen szabályos elvégzése rendesen nem nehéz. Megtörténik azonban az, hogy a vese saját tokja — zsíros tokja — és az azt fedő hashártya egymással elválaszthatatlanul, kérgesen össze van növe, annyira, hogy a vese felszabadítása a szokásos rétegben a vese saját tokja és zsíros tokja közt lehetetlen. Ha a vesét el akarjuk távolítani, ilyen esetben úgy járunk el, hogy a vesét a saját tokján belül emeljük ki.

1938. október 29-én egy 41 éves férfibeteget kellett operálnom, akinek már mindkét veséjéből követ távolítottak el. A beteget szeptember 26-án hirtelen fájdalmak lepték meg, s erősen lázas volt. 24 órán át már nem volt vizelete, s ezért szept. 28-án osztályomra vettette fel magát. A jobb ureterkatheter a vese közelében megakadt, de mégis fel lehetett vezetni, a bal catheter simán felhaladt. A jobb oldalon 60 ccm. erősen zavaros vizelet ürült, s a baloldali vizelet is genyes volt. Egy ideig állandó ureterkatheteres kezelésre, belső szerek adagolására és vesemedence mosásokra a vizelet meglehetősen feltisztult. Október 25-én a vesék működését megvizsgáltuk. Az intravenás indigo a jobboldalon 3 perc alatt élénk kéken ürült, a baloldalon azonban csak 10 perc múlva halványkékén jelent meg. Az ureterkatheterekkel felfogott vizeletek mindegyikében közepes mennyiségű geny volt. A röntgenfelvételt a bal vesében a vesemedencét és a kelyhekét is kitöltő hosszú követ, a jobb vesében pedig két babnyi és egy szilvamagnyi követ mutatott. Mivel a jobboldali vese működése jobb volt és attól kellett tartani, hogy a kövek beékelődése újabb vizeletelapadást vált ki, először a jobboldali vesét operáltam meg.

A jobboldali vesemedence a vesén belül volt elhelyezve s ezért vesemetszést kellett végezni. A műtétkor kiderült, hogy a vese saját tokja és zsíros tokja a megelőző műtét következtében annyira össze van növe, hogy a keletkezett kérges összenövéseket a szokásos rétegben szétválasztani lehetetlen volt. A vesét csak a saját tokján belül emelhettem volna ki. Ez az eljárás azonban nem látszott taná-

csosnak, mert a vesemetszés varratai a saját tokjától megfosztott szakadékon vesén esetleg átvághattak volna és a beteg a vérzés hiányos csillapítása következtében életveszélybe kerülhetett volna. Az adott nehéz helyzetben a nephrotomiát a helyén hagyott vesén a következő módon végeztem el:

A XII. bordát eltávolítottam, hogy a vese felső része jobban hozzáférhető legyen. A vese zsíros tokját a saját tokról a vese domborulatán élesen leválasztottam, de csak addig, amíg a hashártya megsértésének a veszélyétől nem kellett tartanom. Ezután a vese hátsó felszínének közepét a zsíros tok és az izomzat közti jól elváló rétegben szabaddá tettem annyira, hogy két ujjammal a vesekocsányt elértem és a veseüőteret tapinthatam. Majd a vese saját tokját a vese felső harmadában, amennyire lehetett, elől 4–5 cm. hosszúságban felhasítottam s a vese saját tokját ilyen kiterjedésben egészen a vesekapuig leválasztottam. Az így elemelt vesetok alá egy görbe ércsípőbe fogott gaze-tömőt vezettem be, amelynek segítségével egyik segédem a két ujjára vett veseverőteret a műtét tartamára leszorította (l. az ábrát). Ilyen módon a vesemetszést számottevő vérzés nélkül nyugodtan elvégezhettem. A vesemedencében lévő köveket eltávolítottam, a vesemedencébe két középvastag szádlócsövet helyeztem s a vese sebéit a szokásos átöltő varratokkal egyesítettem. A varratok kítűnően tartottak.



Vázlatos rajz. A veseüőteret a műtét tartamára a zsíros tok mögé helyezett két ujjunk és a vese saját tokja alá hajlított eszközzel bevezetett gaze-csomó közt nyomjuk össze. a) a saját tokkal összenőtt zsíros tok, b) a saját tok szabaddá tett része, c) a 4–5 cm. hosszban a vesekapuig elemelt saját tok.

Abban az esetben, ha a vese saját tokjával együtt környezetéből nem szabadítható fel, a vérzéscsillapításnak ez a módja lehetségessé teszi azt, hogy a vesemetszést a helyén hagyott vesén elvégezhezzük és a veseseb vérzését a vese saját tokján áthaladó öltésekkel biztosan csillapíthatjuk. E műtéttel a hashártya megsértését biztosan elkerülhettem, de a műtéti sok hatása is jóval kisebb volt, mint amennyi a vese tokon belüli kiszabadítása után lett volna. Bár betegem gyengén táplált volt, s erőbeli állapotát a megelőző genyes vesemedencegyulladás nagyon megviselte, simán állotta ki a műtétet.

Kedvező tapasztalataim alapján a vesemedencébe ez alkalommal is két középvastag csövet helyeztem és a hasfali izomzatot csak akkor egyesítettem, mikor a vesemedencében keletkező véralvadékokat kiöblítettem és a vesegyurma vérzése a vesemedence felé is teljesen el nem állt. A két csővel történő szádolás lehetővé teszi azt, hogy a vesemedencét óvatosan a műtét utáni napokban is kiöblíthessük, miáltal a véralvadékokból történő vesekőképződésnek elejét vehetjük.

A felső légutak hurutos megbetegedéseinek szuverén gyógyszere az *Expectin* cseppek. 1 üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratórium Budapest, VI., Teréz körút 27.

Centralis eredetű múltó hypertonia agyvérzés kíséretében.

Írta: Schill Imre dr. egyetemi magántanár.

Noha a hypertonia csak tünet és nem betegség, amit különböző, részben ismert, részben eddig ismeretlen ok hozhat létre, mégis, ha hypertoniás beteg kerül élénk, elsősorban az arériás rendszer peripherikus, anatómiai vagy functionális elváltozására gondolunk mint okra, és a többi lehetőséget hajlandók vagyunk elhanyagolni. Pedig ismeretes a nyúltvelőben levő vasomotorközpont izgalmai által létrejött általános ércontractio, mint vérnyomásemelkedés oka, így pl. erős psychikus izgalom vagy fájdalom hatása alatt; ide tartozik az egyes decompensáltaknál észlelhető *Sahli-féle* „Hochdruckstauung” is, melynél a kiváltó ok a vér fokozott szénsavtartalma. Az említett múltó vérnyomásemelkedésen kívül van állandó is, pl. a vasomotorközpontot ellátó arteriák sclerosisa folytán.

Az utóbbi években mind több kísérleti és klinikai adat szól amellett, hogy hypertonia centralis úton is létrejöhet. Ide tartozik a *Dixon* és *Heller-féle* ismert kaolin hypertonia, mely kaolinnak, állati szénnek, vagy thorotroznak a cysterna cerebellomedullarisba való jutásakor keletkezik. *Leimdörfer* urethanisált macskán a globus pallidus medialis részének izgatásával hypertoniát váltott ki, még ha a mozgató és érző kéregmezőt négy héttel előbb ki is irtotta, amiért is a fenti helyen sympathicus centrumot tételez fel. *Hoff* és *Urban* pedig kutyán a corpus mamillare sértésével átmeneti hypotoniát tudott létrehozni, mely kezdetben csak izgalomra mutatkozott. *Bechterew* az érmozgató központot a capsula internában, *Goldstein* a gyrus praecentralisban, *Weber* ugyancsak a motorikus kéregmezőben, *Dresel* a palaeostriatumban, *Budge* a pedunculusban, *Durig* pedig részben a nyúltvelőben, részben pedig a tuber cinereum és corpora mamillaria táján tételezi fel. *R. L. Müller* szerint a fő érmozgató központ a közti-agyban van és ennek rostjai haladnak a nyúltvelőn át, ahol csak helyi jelentőségű, egyes testterületeket ellátó központok vannak.

Emberen *J. Pal* már 1909-ben közölt egyes apoplexiákkal kapcsolatban észlelt, esetleg tartós hypertoniát. *Weissmann* fejtrauma után talált hypertoniát, *Richter* esetében pedig a magas vérnyomás fájdalom-rohamok kíséretében ugyancsak rohamszerűleg lépett fel. A laesio a corpus caudatum fejében, a putamen kezdetén, valamint a thalamus lateralis magjának dorso-medialis részében volt. A gerincvelőről a nyúltvelőre terjedő és ezen időponttól vérnyomásemelkedéssel járó myelitist is leírtak, a folyamat gyógyulásával a vérnyomás is normalissá vált.

Mindezek alapján a nyúltvelőben levő és már régóta ismert érmozgató központon kívül legalább még egy magasabbrendű központot kell feltételezni az agytörzsben, vagy közti-agyban és talán egyet a motoricus kéregmező táján.

A közlendő eset agyvérzés kíséretében fellépett és annak felszívódásával elmúlt vérnyomásemelkedés példája. Adatai a következők:

61 éves nő három hete alig szűnő fájdalmat érez fejében. Az észlelés megkezdése előtti napon (1935. X. 15.) arra ébredt, hogy bal szemét nehezen tudja mozgatni, kettősen lát, beszéde nehezen érthető. Orvosa szerint vérnyomása betegsége előtt 130 Riva-Rocci volt. Status praesens eltérése a normálistól: Aorta II. hangja kissé ékelt, vérnyomás 180/95 Riva-Rocci, pulusszám 80. Tág, kerek, fénymerev pupillák. Mindkét, főleg bal szemhéj ptosis; a jobb bulbus csak lefelé, a bal csak temporál-felé végez minimális moz-

gást; nyelv alig mozog, elülső része balra deviál. Bal alsó végtag merevebb, bal triceps és térdreflex élénkebb a jobbnál. Más idegrendszeri eltérés nincs. Vizelet és Wa. R. negatív, szemfenék és látótér ép.

Lefolyás: X. 19.: Nyelve kissé jobban mozog. 165/120 R. R. — X. 20.: Nyelv jobban mozog, jobb szemét jobban tudja kinyitni. — X. 21.: A jobb bulbus kissé mozgatható, a bal csak temporal-felé. 145/85 R. R. — X. 22.: A jobb pupilla szűkebb a balnál, a jobb rectus externus és internus mozgása javult, a bal obliquus inferior minimálisan mozog, nyelvét kezdi kiölteni, főfájása ritkább. — X. 23. Bal bulbus kissé nasál-felé is mozog, beszéde érthetőbb. — X. 24.: Bal szemhéját kissé emeli, a jobb bulbus mozgásai alig korlátozottak, a bal keveset fel és le is mozog, balra-nézéskor kettős látás. 145/85 R. R. — X. 25.: Bal szemét még jobban nyitja, alsó végtagok reflexei egyformák. — X. 26.: Nyelve jobban mozog, szemmozgások szabadabbak, egyenes nézésnél kettős látás. — X. 27.: 135/100 R. R.

Mindkétoldali, úgyszólván teljes ophthalmoplegia, totalis és hypoglossusbénulás baloldali enyhébb pyramistünetekkel. A bal abducens és a jobb rectus inferior bénulása nem teljes. Tekintettel a kétoldali majdnem szimmetrikus localisatióra, a baj helye csak az agytörzsben lehet és pedig a középvonalban, ha a tüneteket egy góccal akarjuk magyarázni. Ami a magassági diagnosist illeti, a hypoglossus magva a nyúltvelő alsó, az abducensé a pons alsó, a trochlearisé pedig a pons felső részében van, míg az oculomotoriusé a pedunculusban, a corpus quadrigeminum anterior magasságában. Ezen térbelileg elég távolos helyek között van (az első kettő kivételével) az összes többi agyidegek magva. A bénult idegek magvai az agyidegmagvak dorsalis csoportjához tartoznak, míg a többieké inkább ventralisan helyezkedik el, mégis nagyon nehéz dorsalis elhelyezését, majdnem lapszerű vérzés felvétele a többi agyideg épsége mellett, ami elsősorban a n. facialisra vonatkozik, melynek térde a n. abducens magjával szoros topographikus vonatkozásban van. Nem marad tehát más hátra, mint a legmagasabban fekvő oculomotorius (esetleg a trochlearis) magok tájékára localisálni a gócot és az abducens, valamint a hypoglossusbénulást supranuclearisnak tekinteni. Ez annál könnyebben tehető fel, mert az utóbb is említett idegmagvak nemcsak dorsalisán, hanem egyuttal a középvonal közelében is helyezkednek el, supranuclearis pályájuk tehát az oculomotoriusmagvak szomszédságában fut le.

A laesio nem egészen szimmetrikus a két oldalon, jobboldalt nagyobb a kiterjedése. A baloldali nagyobb kiterjedés mellett csak a bal abducens relativ ápsége szól, míg az összes többi jel a jobboldal mellett, így a beteg említette baloldali kezdet, a jobb rectus inferior és a bal hypoglossus egy részének relativ ápsége, a bal testfélen mutató enyhe pyramistünetek és végül a bénulás visszafejlődésének sorrendje. A nyelv kezdeti javulása után ugyanis először a jobboldali külső, majd a pupillát ellátó belső ágak javultak először, míg a baloldali oculomotoros javulása csak öt napi észlelés után kezdődött el, amit később a pyramis követett.

Tekintettel az otthoni alacsony, az észlelés kezdetén magas és az észlelés folyamán újból alacsonnyá váló vérnyomásra és a tíz nap alatt beállott fokozatos javulásra, érspasmus és thrombosis kizárható és csak vérzésre gondolhatunk. Ennek felszívódása kapcsán a vérnyomás a hypoglossusokkal, majd a jobboldali külső oculomotorius ágakkal együtt kezdett javulni. A vasomotoroközpont mai felfogásunk szerint a nyúltvelőben az oliva superiorban van. Minthogy pedig az oliva sup. a facialis mag közelében található, ép n. facialisok mellett az olivákra kiterjedő vérzés, vagy bármely indirect hatás nem igen vehető fel. Ennek következtében, ha csak nem tételezzük fel a vérzés szomszédságában is vasomotoroközpontot, az olivákhoz magasabb-

ról, a nagyagyból menő és a többi pálya analogiájára talán ugyancsak supranuclearisnak nevezhető pályáknak a vérzés távolhatása folytán beállott izgalmit kell felvinnünk. Ezt a pályát azon az alapon, hogy mely tünetekkel együtt javult (a supranuclearisnak tartott hypoglossusok, majd a jobb külső oculomotorius ágak), az oculomotorius nagysejtű laterális magvának közelébe kell helyezni.

Természetesen szóbajöhetne a hypertoniának agynyugalomra és diatára bekövetkező ismert csökkenése is, annál inkább, mert a beteg kezdetben a nyelvbénulás miatt táplálékot alig fogyasztott. Ez ellen szól azonban az otthon előzőleg észlelt alacsonyabb, valamint az orvosának utólagos közlése szerint egy évi megfigyelés folyamán 140-et ugyancsak meg nem haladó vérnyomás.

Összefoglalás: A pedunculus cerebriben az oculomotorius magvak táján történt és kétoldali ophthalmoplegia totalisszal járó vérzés kíséretében múltó vérnyomásemelkedés volt észlelhető, mely az agytörzsi vagy nagygygi vasomotoroközpontra az oculomotoriusmagvak szomszédságában lefutónak feltételezett „supranuclearis” pályáját ért izgalom következménye lehet.

Az Erzsébet Tudományegyetem szülő- és nőbeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Scipades Elemér ny. r. tanár.)

Féloldali adnexhiány.*

Írta: Lajos László dr., adjunctus.

A méhfüggelék féloldali hiánya *Kermayer* szerint igen ritka rendellenesség. Az utóbbi években *Louros*, *Björkenheim*, *Bock*, *Ostenfeld*, *Schwarz*, *Peters* és *Tongereren* közöltek egy-egy esetet.

Martin „*Krankheit der Eierstöcke*” című munkájában *Kossmann* 22 féloldali petefészekhiányt közölt, mégpedig 6 esetben rendes nagyságú méhvel, rámutatva, mily nehéz annak megállapítása, vajjon a függelék féloldali hiánya elsősleges fejlődési hiány-e, vagy pedig méhen belüli életben történt elpusztulás folytán keletkezett.

Menge szerint mindkét féle kórszármazásnak meg van a lehetősége, mégis az elsősleges fejlődési hiány előfordulása gyakoribb.

Az adnexák egyoldali teljes hiánya igen ritka, s rendszerint együtt van az egyik Müller-járat, valamint a megfelelő oldali vese fejlődési hiányával. *Tongereren* e rendellenességet a nemicsatorna haemioplasziájának tartja, melynek kapcsán csak egy Müller-járat képződik. Az a körülmény pedig, hogy nemcsak az egyik Müller-járat, hanem a petefészek is hiányzik, arra mutat, hogy a rendellenesség oka a fejlődés korai szakában következik be.

Az egyoldali adnexhiányoknál, hiányzó petefészek mellett, a kürt rendszeren fejlett is lehet, vagy pedig distalisán mindinkább elvékonyodó, proximalis irányban azonban még csatornázott köteg képében van jelen, amely a lig. latum szélei felé elvész. Előfordul aztán, hogy a tuba megközelítőleg rendes hosszúság mellett már kiindulásánál igen vékony, azonban izolált mesosalpinxa van. Máskor megint, elzáródott hasüri nyílás mellett a kürtnek csak csomója van jelen, amely legfeljebb a hengeres méhszalagig ér.

*) Előadta a Magyar Nőorvos Társaság 1938. decemberi nagygyűlésén.

Rokitansky szerint ovariumhiány mellett tubacsonk jelenléte lefűződési folyamat jele.

A petefészek hiánya a tuba egy részének eltűnésével, vagy anélkül, Kermauner szerint gyulladás következménye, míg azon eseteket, ahol az ovarium és az egész tuba hiányzik, a pete méhbeli betegségei okozzák.

A tubacsökevény és a petefészek teljes hiánya a másikkal való tökéletes kifejlődése mellett, csak néhány esetben szerepel az irodalomban.

Klinikánk 14 éves anyagában eddig szintén csupán egy idevágó eset van.

A 20 éves O. P. először 16 éves korában (I. 1932. I. havi 15 sz. női kim.) azzal kereste fel intézetünket, hogy 14 éves korában először megjelent havibaja azóta 3–4 hetenként 7 napi tartammal, erős vérzéssel, görcsök nélkül járt. Jelenkezése alkalmával vérzése már 6 hete tart. Minthogy ép hymenális gyűrű mellett rendes genitalis leletet találtunk, erős méhvérzéssel, a vaginalis metrorrhagia kórismét állítottuk fel. Glanducorpin befecskendezésekre a vérzés megállt. Távozása után 3 hónapig nem vérzett, majd a havibaj ismét rendetlenül jelentkezett és újabb 3 hó múlva 4 hét óta tartó vérzése miatt ismét felvételre jelentkezett. (I. 1932. VI. havi 64. sz. női kim.) Ekkor, mivel az ismételt adott glanducorpin, sőt az ennek eredménytelensége után nyugtatót prolan injectióktól sem láttunk javulást, méhkaparást végeztünk; a közepes mennyiségű kaparék szövettani vizsgálata a nyálkahártya polypusos túltengését állapította meg. A műtét után 3 hónapig ismét nem volt vérzése, majd változó tartammal és erősséggel havonta vérzett; harmadik felvételét megelőzőleg pedig vérzése ismét 3 hét óta tartott. (I. 1932. XII. hó 9. sz. női kim.) Ezért két alkalommal a méhürbe jódolt adtunk, mellette pedig glanducorpin-injectiót és ephetonin tablettákat. A második és utolsó jód-injectiót követő 5-ik napon megszűnt vérzéssel távozott. Negyedik alkalommal (I. 1934. II. havi 40. sz. női kim.) 13 hónappal később, jelentkezett azzal, hogy 7 hónapig rendszerben jelentkező vérzése ismét rendetlenné vált, sőt 5 hét óta állandósult. Az előzményekre való tekintettel 9 alkalommal 1%-os formalinos méhüri mosást kapott. Az utolsót követő napon vérzése megszűnt, vas-ergotin pilulákkal távozott. Ötödször 13 hónap után (I. 1935. III. havi 83. sz. női kim.), mint 5 hónapos asszony kérte felvételét, 5 hét óta állandóan tartó vérzéssel. Ekkor, az előzőleg mindenkor rendes genitalis lelettel szemben az anteflexio versióban elhelyezkedő közepes nagyságú méh mellett, baloldalt galambtojásnyi descendent petefészeket találtunk. Miután pedig eddig hormonalis, medicinalis és physicalis úton már minden rendelkezésünkre álló tényezőt kimerítettünk, a baloldali petefészek resectiójára határoztuk magunkat a beteg fiatal kora miatt. Az 1935. március 20-án aethylchlorid-aether narkosisban végzett hasmetszéskor azután kiderült, hogy egyes csepleszkötegek a jobboldali függelékeken és a Douglas tájára letapadtak. Ezek oldása után kitűnt, hogy a jobboldali ovarium teljesen, a kürtnek pedig kb. kétharmada hiányzik s csak kb. 1½ cm. hosszú proximális része van meg, amely a hengeres méhszalag közelében vakon végződik. A baloldali petefészek zölddiónyi, tömlősen elfajult. Ebből a tömlőt kihámoztuk, a keletkezett sebet pedig tova-futó catgut-el elvarrtuk. A beteg sima gyógyulás után a 12-ik napon vonalas hassebbel távozott.

Hatodszor e műtét után 8 hónappal jelentkezett, azzal, (I. 1935. XII. havi 34. sz. női kim.), hogy havibaja azóta két-havonként, 5–14 napi tartammal, váltakozó erősséggel jelentkezett, újabban azonban csaknem 4 hét óta állandóan vérzik. A vizsgálat vonalas hassebet, anteflexióban elhelyezkedő közepes nagyságú méhet és baloldalt tapintható petefészeket talált. A minden addigi gyógyító kísérlet ellenére fennálló bőséges vérzések megállítására most röntgenkezelésben részesítettük: 0.5 mm. Zn. és 1 mm. Al. szűrővel 30 cm. focus-távolsággal, 4 mm. Amper és 160 kilowatt mellett 25% H. E. D. besugárzást kapott a lép. A második besugárzás után vérzése megszűnt és 1935. dec. 12-én, 10 napi ittartózkodás után elhagyta az intézetet. Azóta több mint három év telt el, de a beteg újabb vizsgálatra nem jelentkezett. Azonban a hozzá kiküldött kérdőívből megtudtuk, hogy havibaja 4–6 hetenként jelentkezik, 4–5 napi tartammal közép-erős vérzéssel.

Esetünkben tehát — mint látjuk — egyoldali teljes petefészekhiány állott fenn a kürt legnagyobb részének hiányával. Minthogy pedig a hiányos függelékek oldalán összenövéseket találtunk, a rendellenesség keletke-

zését illetőleg megerősíteni látszik Rokitansky és Kermauner azon nézetét, hogy az ilyen esetek a méhbeli életben, vagy a korai gyermekkorban bekövetkezett gyulladás, esetleg torsio következményei. Hangsúlyozni kell mégis, hogy az utóbbi években esetünkkel kb. egy időben között 8 adnexhiány közül csak 2-ben, Louros-nál és az általunk ismertetettben voltak összenövések, a másik 6 esetben azoknak nyomát sem találták, annak ellenére, hogy a Louros-féle és a saját esetünkön kívül tubacsökevényt, Bock és Ostenfeld is talált. Peters és Schwarz pedig az adnexumok helyén legalább is vékony köteget talált, s csupán Björkenheim és Tongeren esetei voltak olyanok, amelyekben sem a petefészek, sem pedig a kürt nyoma nem volt kimutatható.

Ez esetek tapasztalása így Menge véleményét erősíti meg; szerinte a méhfüggelékek teljes vagy részleges hiányában az elsődleges fejlődési hiány a gyakoribb.

Gyógymasszázs és mechanoterápia.

† Dalmady Zoltán dr. kéziratának átdolgozásával írták:
Benderek István dr. és Külley László dr.

A mechanoterápia technikája.

Írta: Benderek István dr.

II. A légzési szervek betegségei.

A hörghurut.

A légutak heveny és idült hurutjait egy fejezetben ismertetjük, mert fizikális kezelésük a mi szempontunkból egyrészt azonos.

Gyógyításunk első feltétele a beteget az ártalmaktól (füst, korom, por, vegyi termékek, pollenek, hideg italok) távol tartani. A társadalmi viszonyok miatt ez sajnos csak ritkán sikerül.

A fizikális kezelések közül a légzési gyakorlatok különleges alakjának a belégzési gyógymódoknak, az inhalációnak van jelentős szerepe. A belégzésre szánt anyagokat párologással és porlasztással vihetjük be a szervezetbe. Az erre a célra alkalmas anyagok négy csoportba tartoznak:

1. Ebbe a csoportba a növényi források tartoznak. Ezeket párologtatással is és porlasztással is bevihetjük a szervezetbe. Néhány forrásnak közöljük a receptjét.

Rp.

Flor. Camom.
Flor. Samb.

aa. gr. 5.00

Rp.

Flor. Salviae
Flor. Malvae
Flor. Alth.

aa. gr. 3.00

mindegyiket 100 gr. vízre.

2. Olajokat rendszerint párologtatással viszunk a szervezetbe,

Rp.

Ol. Tereb. puriss.
Ol. Pini Pumilionis

aa. gr. 10.00

Rp.

Mentholi

gr. 1.00

Ol. Eukalipti
Ol. Pini Pum.

aa. gr. 5.00

Rp.

Ol. Tereb. puriss.

gr. 10.00

Bármelyikből 10—15 cseppet az inhalációs folyadékhoz.

3. Sóoldatok forralásánál csak a víz párolog el, ezért ezeket az oldatokat csakis porlasztókészülékekben használhatjuk. Az oldatok lehetnek természetes ásványvizek és mesterségesen készített oldatok.

Az ásványvizek közül az egri vizet, a málnási Mária, a bártfai, gleichenbergi, seltersi, vichy-i ásványvizeket használhatjuk.

Az oldatok közül beválik:

Rp.

Natr. clor.

Natr. hydrocarb.

aa. gr. 1.00

Aquae dest.

gr. 100.00

4. A gyógyszeres készítményeket is porlasztással lélegeztetjük be.

Rp.

K. jodati

gr. 3.00

Glycerini

gr. 10.00

Aqua dest.

gr. 100.00

Rp.

Cloreton

I. o. I.

S: inhalációhoz.

Rp.

Tabl. Serpioli

I. o. I.

S: fél tableta fél liter vízre.

Heveny könhurutban főleg az első csoport gyógyszereit rendeljük.

Az idült hurutok rendszerint igen makacs folyamatok és nagyon nehezen javulnak. Az inhalációs szereket célszerű felváltva belélegeztetni. A beteg bizonyos testhelyzetekben könnyebben tud váladékot üríteni. Ilyen alkalmas helyzet, ha a beteg vízszintes alapon a hasán fekszik és fejét oldalra fordítja (Quincke.), vagy az ugyancsak vízszintes helyzetben a hasonfekvő beteg a hátán keresztbe teszi a kezeit. (Gerhart.) Ezek a fektetések különösen azokon a betegeken segítenek, akik a legtöbb köpetet a reggeli órákban ürítik. Sokszor a betegek maguktól is rájönnek, hogy milyen helyzet a legkedvezőbb a számukra.

A mechanoterápiás eljárások közül az aktív légzési gyakorlatok jönnek számításba az idült hörghurutok kezelésénél. Megrázások után a betegek sokszor igen bő váladékot ürítenek.

Sokszor hosszabb ideig tartó klimatikus kezelés, vagy a beteg életviszonyainak a megváltoztatása segít a helyzeten.

Asztma, emfizéma.

A légzési szervek megbetegedései közül az asztma és a rendszerinti következménye az emfizéma a legalkalmasabb fizikális kezelésre. Az asztmás betegeknél megkülönböztetünk rohamokban jelentkező nehézlégzést és állandó beteges állapotot. A rohamokat a fizikális eljárások közül különböző légzőkészülékekkel, allergénmentes kamrákkal és gyógyszerek belélegeztetésével befolyásoljuk.

A légzőkészülékek a belégzésre kerülő levegő nyomásváltoztatásával, tehát a nyomás fokozásával és csökkentésével segítik elő a tüdők ventilációját, sőt egyes kutatók szerint a tüdők vérkeringését is élénkítik.

Az allergénmentes kamrák két célt szolgálnak. Az egyik cél, hogy a kamrában való tartózkodás ideje alatt a betegek panaszmentesek. Ezt csaknem minden esetben sikerül is elérni. A másik cél a kórokozó allergén megkeresése, különböző allergének bevitele, kután próbák útján. A betegek deszenzibilizálása azonban sajnos csak ritkán sikerül. Valószínű, hogy a betegek nemcsak egy anyagtól kapnak rohamot. Viszont az is lehetséges, hogy a deszenzibilizáló anyag nem megfelelő.

Az asztma inhalációs gyógymódjainak a szereit két csoportra oszthatók. Az egyik csoportba a porlasztókészülékkel visszük be a gyógyszert, a másik fajta gyógyszereket a beteg füst alakjában szívja be.

A porlasztókészülékek között Stäubli-féle a legalkalmasabb, már csak azért is, mert kis helyen elfér és könnyen kezelhető. A készülék működéséhez kétféle gyógyszer szükséges:

1. Rp.

Atropini sulf.

cgr. decem, (0. 10)

Cocaini hydroclor.

cgr. viginti quinque, (0.25)

Aquae dest.

gr. 10.00

2. Rp.

Sol. Adrenalinii hydroclor.

gr. 10.00

Az első oldatból 2 cseppet, a másodikkal (adrenalin) 18 cseppet teszünk a készülékbe. A megtöltés után a beteg a készülék megfelelően kialakított végződését az egyik orrlyukba illeszti, míg a másik orrlyukát kezével befogja. A készülék gumilabdáját ötször összenyomja. Közben mély lélegzetet vesz. Az egész eljárást körülbelül tízszer ismétli. A gyógyszer a rohamot elég jól szünteti. Az eljárást tanácsos még a roham elmúlása után is néhány napig folytatni. Intézetek számára nagyobb készülékek is vannak forgalomban.

A füstölőszereket a beteg erre a célra szerkesztett készülékből, esetleg házilag készített papírtölcséren keresztül, vagy cigaretta alakjában szívja. Sokszor az is a beteg segítésére van, ha szobájában egy tányéron égeti a füstölőport, így nincs is helyhez kötve.

Ilyen füstölőszerek a következők:

Rp.

Spec. Antiasthmatica ad fumigationem.
scat. I.

S: egy késhegynyi parázson izzítani.

Cigarettaiba töltve is kapható.

Rp.

Fol. Lobeliae

Fol. Stramonii

aa. gr. 35.00

K. nitr.

gr. 30.00

S: Bätches asztmapor.

Az asztmás állapotok kezelésére, különösen ha ezek emfizémával együtt jelentkeznek különböző gyakorlatok és gépek használatát javasolják. Ezek többé-kevésbé a tüdők ventilációját segítik elő. Az összes légzési gyakorlatnál az a lényeg, hogy a beteg a rendes légzés mélységét és percenkinti számát megközelítse. Ezeket a gyakorlatokat hosszabb időn keresztül napon-

kint kell végezni. A légzési gyakorlatok végzésére szerkesztett gépek és székek működését úgy kell beállítani, hogy a gép erő kifejtése mindig arányban legyen a beteg erejével.

III. A hasi szervek betegségei.

A hasfal és a hasi szervek masszázsa azelőtt nagy fejezetet foglalt el a szakkönyvekben. Ugyiszlóval csaknem minden hasüri megbetegedést masszíroztak. Kidolgozott módszerek voltak az egyes szervek betegségeinek a kezelésére. Azelőtt olyan betegségeket is masszíroztak, ahol ma teljes nyugalmat javasolunk. Ezért fordult elő, hogy a beavatkozások néha kedvezőtlen kimenetellel is végződtek. Mai felfogásunk szerint a hasi masszázs két részre oszlik: a has izomzatának és a has szerveinek a masszázsára.

A has izomzatának a masszázsa az általános erősítő masszázs keretein belül ptózisos egyéneknek, hosszú fekvés után, szülés után és a hasfal rendellenes gyöngeségénél jön számításba. A hasizmok masszázsa tehát a hasfalak rendellenes lazasága, petyhüdtisége az indikációja. Ha ez nagyobb fokú, úgy, hogy lógó hasról beszélhetünk, mit az erre hajlamos többször szült nőknél, rendszeren enteroptózissal együtt észlelünk, a hasfalak masszázsa kevés eredménnyel bíztat. A petyhüdt hasfal nem lesz újból feszes, legfeljebb a hasizmok kisebb fokú lazasága esetében, amilyent lesoványodott és általában aszténias embereken találunk. Ilyen esetekben lehet reményünk a hasfalak erősítésére, különösen ha a masszázs csak egy része az általános hizlaló, erősítő kúrának. A hasfalak lazasága sohasem pusztán a hasizmok gyöngeségének, atóniájának a következménye, hanem a kötőszövetek és a pólyák is tágultak és lazák.

A masszázs javíthatja a hasfalak állapotát, de alkati gyöngeségét, vagy beteges állapotát megszüntetni nem tudja. Valószínű, hogy csak a beteg kellemetlen érzéseinek a megszűnéséről lehet szó, de nem az állapot lényeges változásáról.

A szervi ideg- és izombetegségeket kísérő hasizombénulás esetében kísérletet tehetünk a masszázzsal, de túlságos eredményt ne várjunk tőle.

A hasi szervek közül ma már csak rendszerint a gyomor-béltraktus kezelésére kerül sor. Javallatai: gyomor-bél atónia, szokványos székszorulás, ideges alapú spasztikus-paralitikus bélműködés, meteorizmus, bélneurózis. Csecsemőknél megkísérélhető egyes bélcsavarodások mechanikus oldása a hasfalon keresztül.

A hasi szervek kezelésénél először megdolgoztatjuk az izmos hasfalat, azután a szervek masszázsa kerül a sor. A gyomor-bél rendszer kezelésénél tartuk be a bélmozgás irányát.

A többi szervek masszázsa és az általános hasmasszázs a vérkeringés zavarai esetében ma már meghaladott álláspont. Ezt mondhatjuk a hasüri izzadányok masszázskézeléséről is.

A csecsemők bélcsavarodásának az oldását úgy kíséreljük meg, hogy tenyereinket a csecsemő háta, illetve dereka alá tesszük, míg hüvelykujjaink széthúzó mozgással igyekezzenek hatni.

A főleg gyerekeknél előforduló ideges gyomorfájás gyógyításánál is rendelhetünk masszázst.

A hasizomzat erősítésére és a bélrenyheség kezelésére törekvő mechanoterápiás eljárások közül azok a gyakorlatok jönnek számításba, melyeket az általános részben felsoroltunk. Ezek rendszeres végzése minden esetben jobb eredményt ad, mint a masszázskézelés.

(Folytatjuk.)

TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLESEK.

A Pázmány Péter Tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye. (Igazgató: Orsós Ferenc ny. r. tanár.)

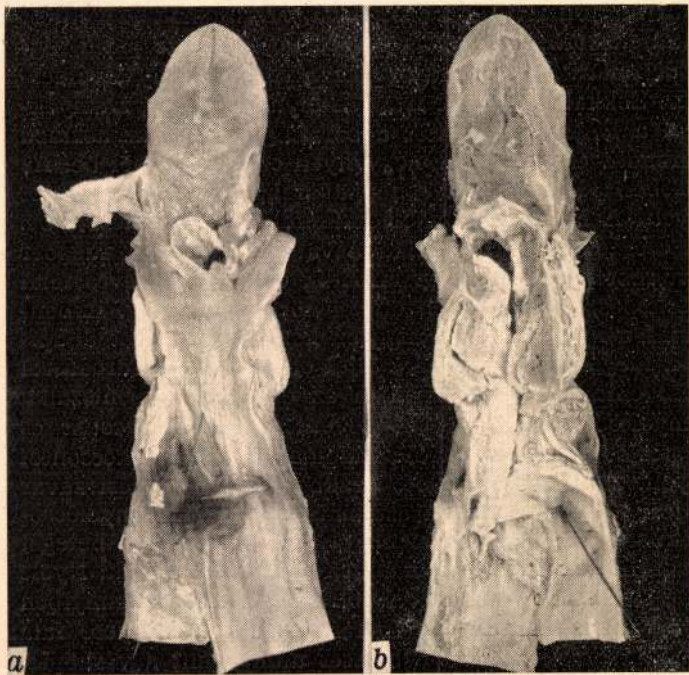
Lenyelt csontszilánk által okozott aorta-átfúródás.

Írta: Szabó Gábor dr. egyet. adjunctus.

A nyelőcsőben idegentest által okozott kifelélyesedést és ezzel kapcsolatos vérzést gyakran észleltek. Az sem nagyon ritka eset, hogy a bárzsingnak idegentest által okozott fekélyesedése másodlagosan ráterjed a függőér falára is és ennek szétesése vezet heveny elvérzéshez. Sokkal ritkábban írtak le olyan eseteket, amelyekben a lenyelt idegentest a bárzsingfalon át az aortába furódott. Grey Turner négy ilyen esetről számol be. Az elsőben 54 éves férfi 5 nappal halála előtt nyúlcsontot nyelt. A halál heveny elvérzés folytán következett be. A csontot a boncolás alkalmával az átfuródott függőér ürterében találták meg. Második esetében 40 éves férfi vérköpés és vérhányás tünetei között halt meg. A boncolás a nyelőcső és a függőér között átfuródást állapított meg. Végül halszálla által okozott két átfuródásról tesz említést. Egyik esetben az elvérzés a csontszilánka lenyelése után 8 nappal következett be. Decoulx és Omez 40 éves bányászról számolnak be, aki csirkecsontot nyelt. A balesetet követő órákban enyhe nyelési zavar állott be. A kórházban azonnal foganatosított nyelőcsőtükrözés negatív eredménnyel járt, ezért a beteget hazaküldték, hol zavartalanul folytatta munkáját. Nyolc nappal később a beteget újabb baleset érte, amennyiben beszorulva találták egy ló fara és a bányafolyosó fala közé. Néhány perccel a baleset után beállt a vérköpés. Mivel ez folyton erősödött, 3 nap múlva kórházba szállították, ahol gyomorvérzést kórisméztek, könnyű diétát írtak elő és vérzéscsillapító injectiókat alkalmaztak. Még a beszállítás napján éjjel heveny rosszullét, vérköpés, sápadtság, majd cyanosis és collapsus lépett fel. A pulsus alig volt tapintható. Vérátömlesztésre a beteg állapota átmenetileg javult, de a pulsus még mindig szapora maradt. Másnap délután a beteg hirtelen nagymennyiségű vért hányt és másodpercek alatt meghalt. Boncoláskor a nyelőcső elülső falán, a függőér-szűkület magasságában fekélyt találtak, mellyel szemben a függőér falán, a bal kulcsontalatti verőér szájadéka alatt pontszerű, kis fémkutató fejét befogadó nyílás volt található. A sérülést okozó csontszilánkot nem sikerült a szervezetben röntgennel sem megtalálni. Az esetnek törvényszéki orvostani jelentősége abban van, hogy a második baleset szerepe valószínűnek látszik.

Az általam észlelt eset a következő: Kőmives 40 éves neje. (Rendőri bonc. 1367/1938.) 1938. augusztus 29-én vacsora közben torkán csontszilánk akadt meg. Nem akarta ezt a vendégek előtt kivenni, inkább lenyelte. Kis idő múlva mellkasában erős fájdalmat érzett. Azonnal orvoshoz ment, aki gyomrába szondát vezetett le és ricinust rendelt, majd az OTI központi belosztályára utasította. Itt augusztus 31-én röntgenfelvételeket is készítettek, de a csontszilánkot egyik felvétel sem mutatta. Ezután ismét gyomorszondát vezettek le. Otthon erős mellkasi fájdalmak kíséretében hidegrázás, láz lépett fel, ezért szeptember 3-án ismét orvoshoz ment és közölte, hogy gyomrában erős fájdalmat érez. Ekkor semmiféle beavatkozás nem történt. Szeptember 4-én vérköpés, majd több ízben vérhányás lépett

fel. Kihívták a kezelőorvost, aki 38 C°-os hőemelkedést észlelt, ezért beutalóval látta el a beteget. Másnap d. e. a mentők a Szent Rókus kórházba szállították. Felvételen közben több ízben habos vért hányt, láza 39.2 C° volt. A bőr és a nyálkahártyák vérszegénynek mutatkoztak. A pulzus nem volt tapintható. A tüdők felett számos, nem csengő szörtyzőrej. A beteget gégész- szakorvos is megvizsgálta és kijelentette, hogy gégészeti tennivaló nincs. A belgyógyász konziliárus gastrostomiát ajánlott. A beteg azonban, mielőtt bármiféle műtéti kezelésben részesült volna, egy órával a kórházba szállítás után meghalt.



A bonclelet kivonata: A bőr és a nyálkahártyák vérszegények. A szív középnagy, külhártyája alatt, főként a balkamra területében, a koszorús verőér-ágak mentén néhány pontszerű vérzés van elhintve. A szív üreibe evőkanálnyi folyékony véren kívül, az izomgerendák között néhány, legfeljebb sommagnyi, kocsonyaszerű alvadékcsoport van. A tüdők puffadtak. A hörgőkben vérral kevert, áttűnő nyák borítja vékony rétegben a vérszegény nyálkahártyát. A tüdők alapszövege mindenütt légtartalmú, vérszegény. A függőér mellkasi szakaszában a mellhártyán szétszórva számos gombostűfejnyi, vajsárga folt mutatkozik. A hátsó fal közep-vonalában a belfelületen, 1 cm-el a szorulat alatt félborsónyi, puha, sötét barnavörös, friss rög tapad. A lazán tapadó rög eltávolítása után megállapítható, hogy e helyen a függőérfalban két teljesen áthatoló folytonosság-megszakítás van. A felső 3 mm hosszú, harántirányú, élesszélű, az alsó pedig, melyet a felsőtől 1 mm széles szövethid választ el, H-alakú sérülés formájában mutatkozik. Az utóbbinak két párhuzamos szára 2–2, összekötő szára pedig 3 mm hosszú. A szélek finoman fogazottak, foszlányosak. A sebrésben vizsugár alatt foszlányosan szétnyíló, szennyes barnavörös szövetszála látszanak. A sérülések körül a belhártya lencsenyi, elmosódott határú folt alakjában szennyes-vörhenyes. A garat és a nyelőcső felső szakaszának nyálkahártyája halvány. A nyelőcső alsó felét, mutatoujjvastagságú, sötétvörös, laza véralvadékhenger tölti ki. A véralvadék felső végében elnyúlt rombuszalakú, 34 mm hosszú és legnagyobb szélességben 7.5 mm, mindkét végén éles, lapos csontszilánk ágyazódott, amelynek két vége jobb

és baloldalt a nyelőcső falába furódott. A fennakadt csontszilánk a nyelőcső egyenes átmérőjét 45 fokban keresztezte. A nyelőcső jobb oldalán, a csontszilánk áthatolása helyén függőlegesirányú, 12 mm hosszú és 4 mm széles folytonosság-megszakítás látható, melynek csatornája borsónagyságú, sötét-vörös véralvadékcsoporttal kitöltött, fala pedig vörhenyes-barna, pépesen málékony szövetréteggel fedett. E sebcsatorna a jobb mellüregbe is követhető, ahol a buzaszemnyi mellhártyasérülés körül gyermektenyérnyi területen szennyes-sárga, könnyen levakarható rostonyalepedék van. A nyelőcső bal oldalán, a csontszilánk körül a nyálkahártya szilvamagnyi területe elhalt és szennyes, vörhenyes-barna, facatos, bűzös foszlányok formájában tapadt. Az elhalás közepében, a nyelőcső falában sommagnyi, hosszirányú anyagiány látható. Ezen át a kutató a nyelőcső és a függőér iver között eves szétesés folytán képződött, galambtojásnyi, foszlányos felületű, laza, szennyes barna-vörös véralvadékkal kitöltött üregbe vezethető. A függőér sérüléseit az akadálytalanul bevezetett kutató az eves tályogüreg bal oldalán jelenik meg. A nyelőcső-sérülések helyén a nyálkahártya mintegy 4 harántujjnyi öv kiterjedésében szennyes, sárgás-barna, izomfala pedig ugyanitt duzzadt, savós-genyés beszűrődést mutat. A gyomorban 1 liternyi sötétvörös vérlepeny található, nyálkahártyája vérfestékesen beivódott. A vékonybél a csipőbél alsó részéig 1200 ccm-nyi, sötét-vörös, kocsonyaszerűen alvadt vérral kitöltött. A nyálkahártya itt is vérfestékesen beivódott.

E bonclelet alapján megállapítható, hogy a halál közvetlen oka heveny elvérzés volt, ami a nyelőcsőből a függőérbe hatoló szurási sérülésen át ugyszolván pilanatok alatt következett be. A heveny elvérzést bizonyítja az általános heveny vérszegénység, valamint a gyomorban és a vékonybelekben talált 2200 ccm-nél több vér. A nyelőcső és a függőérfal szurási sérülését a nyelőcsőben fennakadt csontszilánk létesítette, amelyet a beteg halála előtt 7 nappal eves közben véletlenül nyelt le. Bizonyára elősegítette a csontszilánknak a bárzsingfalba való mélyebb befuródását a többszöri szondázás is. A csontszilánk végeinek továbbfuródásában kétségtelenül szerepe volt a függőér pulzációjának, az étkezésnél megismétlődő nyelési mozgásoknak és az utbanálló szövetrétegek eves szétesésének is.

Az eset klinikai tanulsága, hogy csontszilánk nyelése esetében, ha a jellegzetesen lokalizált tünetek tovább is fennállanak, már ezek alapján is indokolt az oesophagoskopiás beavatkozás, vagyis a csontszilánk felkeresése és eltávolítása.

Törvényszéki orvosi szempontból felmerülhetne az orvosi műhiba kérdése. Így pl. a jelen esetben is a hozzátartozók az eltemetés után hónapok múlva kártérítési igénytel jelentkeztek. A panasz tárgya az volt, hogy az O. T. I. orvosai a csontszilánkot nem fedezték fel és nem távolították el az átfuródás előtt.

Uj !!

Uj !!

Super-Lysoform

Rendkívül baktericid

(10%-os oldata 1 perc alatt öli el a staphylococcust)

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

A C-hypovitaminosisról. H. Dagulf. (Klin. Wschr. 1939. 19.) A szerző Svédországban nagyobb számú egészséges és beteg emberen határozta meg a vér C-vitamintartalmát és lényegesen alacsonyabb értékeket talált annál, amit eddig az irodalomban normálisnak tartottak ($1 \text{ mg}^0/\text{o} - 0.5 \text{ mg}^0/\text{o}$). A szerző feltételezi, hogy a szervezetben oxidálódott ascorbinsav újra redukálódik, másrészt egyéb redoxsystemák bizonyos körülmények között átvehetik az ascorbinsav szerepét. Valószínűleg így lehetséges, hogy pl. a szerző intézetében a betegeken általában igen csekély C-vitamintartalmú táplálék mellett sem volt hypovitaminotikus tünet. (G. 41.)

Greiner Antal dr.

Klinikai és kísérleti vizsgálatok a tonsillákról és szerepük a reumás betegségek gőcfertőzéseiben. Knüchel. (Dtsch. med. Wschr. 1939. 13.) Az egészséges tonsilla működéseinek felsorolása után tárgyalja a tonsilla szerepét a reumás megbetegedésekben. A chronikus tonsillitis kórismét a krypták tartalmának mikroszkópos vizsgálataival állapítja meg és 4 típust különböztet meg: 1. lymphocytát, 2. lebenyes magvú leukocytát, 3. leukocytát és kevés baktériumot, különösen streptococust, 4. csak coccusokat tartalmazót. Az 1. és 2. egészséges, ill. nem irreversibilisen beteg, a 3. és 4. chronikus beteg. A típusok aetiologiái jelentőségét vizsgálva kimutatja, hogy könnyű myalgiaokban és neuralgiás alakokban a 2. és 3. typus található. Acut polyarthritist után 1. és 2., viszont focaltoxicus arthritist és Bechterew-féle betegségben 3. és 4. typus a leggyakoribb. Az utóbbi betegségekben, amikor a tonsillák az első típusokhoz tartoztak, fog-, ill. melléküregi góc állott fenn. A tonsillák csak akkor foghatók föl a reumás betegségek okának, ha a 3. ill. 4. typushoz tartoznak. Tonsillektomiától therapiás hatás csak ezen esetekben várható. (G. 44.)

Horányi Mihály dr.

A fogak streptococcus infectiója és a fogeredetű gőcfertőzés. E. Wennenmachen. (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 14.) A foggyökér-csatorna nem kezelt esetek 80%-ában, a kezelt esetek 40–80%-ában fertőzött, mégpedig leggyakrabban streptococussal. Az előtt pulpájú és gyökérkezelt fogak 54%-ában mutatható ki röntgennel is a gyökér körül elváltozás. A granuloma csak reactiót jelent, a fertőzőes góc a gyökércsatornában van. Therapiás szempontból a radialis eljárások mellett a gyökércsatorna-kezelést hangsúlyozza. (G. 43.)

Horányi Mihály dr.

A depo-tonephin (durant) hatása diabetes insipidusban. R. Wankmüller. (Klin. Wschr. 1939. 16.) A szerző tonephin hatását figyelte diabetes insipidusban, intramuscularis depot létesítve. Depó-anyagul a Klein és Grosse által előállított „Durant” anyagot használta; ez növényi és állati lipoidokból álló colloid, mely felületén tartalmazza a gyógyszert és lassan, egyenletesen adja le. 3 esetben $2\frac{1}{2}$ éven át kísérte figyelemmel. Megfigyelése szerint a hatás 4–5 napig tart és napi 6–8 egység elegendő. A hatás minden esetben nagyobb volt és lényegesen kisebb adaggal érte el, mint más alkalmazási módoknál. (G. 42.)

Greiner Antal dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: Prochnow Ferenc és ifj. Verebélj Tibor.

A mellékvese kiirtás javalatai thrombangitis esetén. Leriche. (Press. Méd. 1939. 20.) 20 év alatt mintegy 1000 thrombangitis műtétet végzett: 21 mellékvesekiirtást, 184 arteriacsonkolást, 400 periarterialis sympathektomiát, több, mint 300 lumbalis sympathektomiát, 50-nél több spianchnikus átmetszést, illetve az első lumbalis ganglion kiirtását. Kezdeti kezdvő esetekben, hogyha főként görcsös állapotról van szó, kevésbé kiterjed elzáródással baloldali mellékvesekiirtást ajánl, hozzacsatolva az ugyanazon oldali első lumbalis ganglion kiirtását. Kevésbé kedvező esetekben, ha azonban a műtėti lehetőségek kielégítőek, ajánlatos a bal splanchnicus átvágása a bal első lumbalis ganglion kiirtásával. Kedvezőtlenebb esetekben, ha az elzáródás kiterjedt, a beteg kövér, kétoldali mély lumbalis sympathektomiát ajánl, esetleg ütőércsonkolással egybekötve. — Kedvezőtlen esetekben kiterjedt ütőércsonkolás a helyénvaló. Mély el-

záródások kórjólata mindig rossz. Próbálkozni lehet lumbalis műtéttel, de annak leginkább az lesz az eredménye, hogy a szükségessé váló csonkítást nagyobb biztonsággal lehet elvégezni. (V. 33.)

vitéz Novák Ernő dr.

A végbélrák sebészeti kezelése s a végbél eltávolításának eredményei. Charrier és Gouzi. (Press. Méd. 1939. 18.) 158 vakbélkiirtás és 103 beteg ellenőrző vizsgálata alapján szerzők megállapítják, hogy a megfelelőképpen kiválogatott betegeken a legjobb eredményt adó eljárás az abdominoperinealis kiirtás vendégnyílás nélkül. Vendégnyílást csak feltétlen szükség esetén alkalmaznak. Az abdominoperinealis eljárás nagy előnye, hogy a hashártyát tökéletesen képesek zárni, felhasználva természetesen a sigma hashártyáját. A bél mellett a gát kötőszöveve jól drainált. Nem marad ezzel az eljárással zárt béltasak. 103 beteget vizsgáltak meg, akiket 3 éven túl operáltak. Jelenleg, 3 éven túl életben van operáltjaiknak 54%-a. Legjobb százalékarányt az abdominoperinealis eljárás adott. (V. 34.)

vitéz Novák Ernő dr.

Koponyüri solitaer chondroma. Chorobski, Jarzyski és Ferens. (Surgery etc. 1939. 68. 3.) A nagyon ritka koponyüri porcdaganat irodalmának áttekintése után közlik saját esetüket, amelyben 31 éves férfin koponyatorés után 6 évvel keletkezett a jobb parieto-frontalis tájon daganat. A klinikai tüneteket: fejfájás, hányás, psychikus- és hangulat-zavarok, jobb pupillatágulat, jobb alsó facialis paresis megmagyarázta a 220 g súlyú chondroma, amely a homlok-lebenyt erősen összenyomta. A daganatot egészben kihámozták és a beteg gyógyultán hagyta el a klinikát. Az intracranialis chondromák keletkezésére vonatkozó magyarázatokat tárgyalják. A daganatok vagy koponyacsontokkal, vagy az agyburkokkal függenek össze és rendszeren fennmaradt porcsírokból, vagy a burkok fiatal, mesenchym sejtjeiből fejlődnek. Valódi intracerebralis chondromát nem közöltek. A trauma, mint kiváltó tényező szerepelhet. (V. 35.)

Rubányi Pál dr.

A megaduodenum kórszarmazásáról. Weiss. (Dtschr. Z. f. Chir. 251. 5–7.) Régebben a megaduodenum keletkezését a duodenum kiürülésének akadályával hozták összefüggésbe, újabban az a vélemény, hogy a megaduodenum tulajdonképpen veleszületett fejlődési rendellenesség, mikor is a mechanikus tényezők teljesen hiányoznak. A szerző ebből a szempontból öröklétani vizsgálatokat végzett. Egy 44 éves nőbeteg, akit megaduodenum miatt két ízben is megoperáltak, családi anamnesiséből kiderült, hogy az anyai ágon a beteg nagyanyja, anyja, egy nagybátyja és két fiútestvére is ebben a betegségben szenvedett. Nővéreinek is vannak gyomorpanaszai, azonban ezek a vizsgálathoz nem járultak hozzá. A szerző véleménye szerint tehát ez a családja kétségtelenül bizonyítja, hogy a megaduodenum congenitalis fejlődési rendellenesség. Esetei alapján felhívja a szerző a figyelmet arra, hogy az ebben a betegségben szenvedők gyakran más betegség kórisméjével állanak kezelés alatt és csak esetleges műtét alkalmával derül ki a tulajdonképeni baj. Ha ez csekély ürülési zavarokat okoz, elegendő a conservatív kezelés, súlyosabb esetekben műtét végzendő, amikor is a legjobb eredménnyel jár a Billroth II. szerinti gyomorcsomkolás Y alakú anastomosissal. (P. 27.)

Fodor Jenő dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Batizfalvy János és Horváth Kornél.

Az ovulatio nélküli havivérzések gyakorisága igen csekély termékenyítő-képességű betegeknél. Rock, Bartlett, Matson. (Amer. J. Obst. 1939. 37. 3.) Szerző a szivócurette útján nyert kicsiny méhnyálkahártya kaparékot vizsgálta s azt találta, hogy ezek alapján könnyen meg lehet határozni az ovulatio nélküli menstruációkat. 392 olyan beteg képezte vizsgálandó anyagát, akik meddséggel keresték fel s ezek közül 9.1%-ban forgott fenn ovulatio nélküli menstruatio. Egyes esetekben a vérzés a rendes secretorikus méhnyálkahártyából, máskor a proliferáció nyálkahártyából ered. Statisztikus összevetései alapján azt találta, hogy meddő betegek, akik havivérzéseik rendellenességeiről számolnak be az anamnesisben, még akkor is, ha a jelenlegi vizsgálatkor rendszeren van meg a vérzésük, gyanúsak ovulatio nélküli menstruációkra. Ilyen esetekben ugyanis az ovulatio hibák 3–9-szer gyakrabban fordulnak elő, mint

rendes havivérzésű asszonyoknál. Az ovulatio hiánya és amenorrhoea rendszeren együtt jár. Ugyanígy az ovulatio hiányával előfordulhatnak rendes, vagy kissé rendszertelen havivérzések is. (B. 45.)

ifj. Scipiadés Elemér dr.

Elsőleges fájásgyengeség kezelése tüszőhormonnal. Nagel-Bachmann. (Zbl. f. Gyn. 1939. 11.) A physiologiás méhösszehúzóadások okozója a hypophysis hátsólebeny hormonja. Ez hat a méh sima izomelemeire bizonyos tüszőhormon titer mellett. Állatkísérletek igazolták, hogy terhesség végén a tüszőhormon fájástkeltő jelentőségű. Ezek a jősó fájások a terhesség végén fokozatosan keletkeznek és olyan erők lehetnek, hogy még a többször szült nők is szülőfájásoknak minősítik. A másodlagos fájásgyengeség megítélésében ez a körülmény sokszor zavart okoz: ilyenkor ugyanis a szülés siettetése hypophysis-készítmények adásával physiologikusan nem indokolt, mely körülményt az ilyenkor alkalmazott sikertelen fájástkeltő kísérletek is igazolnak. Szerző felveti a kérdést, vajon mikor lehet, vagy kell hypophysis-készítményeket és mikor folliculus-hormont adni. Szerinte a fájáshiánynak két oka lehet: az egyik a hypophysis-hormon hiánya, amikor helyettesíthető terapia indokolt, a másik a szülés idejében meglevő hormonok egyensúlyzavara. Néhány eset kapcsán, melyekben fájáshiány, vagy gyengeség mellett a szülés befejezése más okból (plac. praevia, szűk medence, stb.) indokolt volt, tesz kísérletet tüszőhormonnal. (Progynon B. oleos. 30—250.000 I. B. E. i. m.) Az esetek legnagyobb részében az injectio adása után erős és jellegzetes szülőfájások indultak meg, akkor amikor az előzőleg adott chinin és hypophysis-készítmények hatástalanoknak bizonyultak. Ez utóbbi szerek a tüszőhormon adása után azonban kifejtették szokásos hatásukat. A tüszőhormon mechanizmusának magyarázata meglehetősen nehéz, annál is inkább, mivel más szerzők azt találták, hogy a fájástkeltés céljából adott tüszőhormon hatása kevésbé kielégítő. A különbség valószínűleg onnan ered, hogy oestron-benzoatot és nem oestradiol-benzoatot adagoltak fájástkeltés céljára, ami megegyezik más szerzők azon megfigyelésével is, hogy az oestradiol a méh működésére hatásosabb az oestrolnál, így tehát közelebb az, hogy az oestradiol nemcsak a méh növekedését, hanem a fájástkeltést tekintve is hatásosabb. A progynon B. oleosum adását ajánlja a szerző művi koraszülés esetén, valamint a terhesség végén mindazon esetekben, amikor a méh összehúzódkó készsége elégtelen és a szülés befejezése valamely más okból indokolt, amikor a chinin és hypophysis-kivonatok csődöt mondanak. Jó eredményeket látott gyermekágyi vérzések, a tejelválasztás csökkentésére irányuló törekvések és halott magzatok esetében. (B. 46.)

Babos István dr.

Ritka magzati szívhang a terhesség alatt. Burnham. (Amer. J. Obst. 1939. 37. 164.) 33 éves másodszor szülő nő a terhesség 5-ik hónapjában kereste fel szerzőt. A magzati szívhangok mind ekkor, mind a terhesség 6 hónapjában teljesen szabályosak voltak. Legközelebb a magzati szívhangokat a terhesség 7-ik hónapjában vizsgálta, mikor azokat első ízben találta rendszerteleneknek. E rendszertelenség különböző változatokat mutatott, gyakran extrasystolákat lehetett hallani. A magzati szívhangoknak ezen arhythmias volta fennállt a terhesség végéig, illetőleg észlelhető volt a szülés alatt is. A szülés után elektrokardiographia segítségével megállapította, hogy extrasystole ventricularis eredetű volt. Mint érdekességet említi, hogy ugyanilyen ventricularis extrasystolel észlelt a szülés után az anyánál is. Ezen extrasystolés magzati szívhangok kb. 3½ hónapig a szülés után még fennállottak s ezután nyomtalanul eltűntek. (B. 44.)

ifj. Scipiadés Elemér dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

A szaruhártyaátültetés technikájához. Schmidt J. (Klin. Monatsbl. f. Augh. 1939. 3.) Lühlein sikeres szaruhártyaátültetési műtétei arra indították, hogy a pécsi klinikán is bevezesse Lühlein módszerét. A szerző szerint a szaruhártyaátültetés sikerességének — a transplantatum elhomályosodásától eltekintve — egyik leggyakoribb oka a szem tensiófokozódása, a másik a corneamögötti átlátszatlan hártya keletkezése, amely teljesen elronthatja az eredményt átlátszó transplantatum esetén is. Mivel ilyen hártyaképződést mások ritkábban észlelték, arra következtet, hogy ez a trepanációs nyílás elkészítésével állhat összefüggésben. A szemészek

ugyanis általában a nyílást végig motoros trepánnal készítik, míg a szerző — Lühleinnel együtt — a trepánnal csak a cornea belső lemezéig hatol, a cornea endotheljét azonban ollóval vagy Graefe-késsel vágja át. Feltehető, hogy a hártyaképződésnek az egyenetlenül, csipkésen vágott endothel az oka, de szerepet játszhat az is, hogy nem egyforma corneavastagság esetén a transplantatum endothelje nem kerül a cornea hátsó felszínének síkjába, hanem előbbre áll. Ezáltal lehetőség nyílik arra, hogy a cornealis endothel szabadon álló szélei burjánzás által hártya vonjanak a transplantatum mögött. Az ilyen hártya eltávolítását a csarnok felől kell megkísérlni, feltéve, hogy a transplantatum átlátszó marad. A legújabbban végig trepánnal készített néhány szaruhártyaátültetés esetében hártya nem keletkezett, ami szintén bizonyítja az előbb leírt megokolást. (G. 45.)

Györffy István dr.

Vérsejtsüllyedési vizsgálatok szemműtét előtt és után.

R. Klar. (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1939. 3.) Több klinikai megfigyelés kapcsán műtétek után a vörösvérsejtsüllyedés gyorsulását észlelték olyankor is, amikor a gyógyulás teljesen simán folyt le. A szerző ebből a célból több mint 100 szemészeti műtéten átesett beteg vérsejtsüllyedését nézte meg. A vért közvetlenül a műtét előtt s utána 48 óra múlva vizsgálta Westergreen módszerével. Eredmény: szemműtétek után a vörösvérsejtsüllyedés nem gyorsul. Hogy nagyobb műtétek után (strumaresectio, tonsillektomia) mégis észlelték vörösvérsejtsüllyedés-gyorsulást, azt arra vezeti vissza, hogy a gyorsulás oka nem maga a műteti trauma, hanem az ezáltal keletkezett szöveti szétesés és felszívódás. Mivel a szemműtétek általában nem járnak nagy beavatkozással, érthető, hogy a vörösvérsejtsüllyedés nem változik meg. (G. 47.)

Györffy István dr.

A szemfenéki kép arteriosklerosisban és hypertoniában.

Salus. (Arch. of Opht. 1939. 3.) Arteriosklerosis hypertonia nélkül ritkán fordul elő, s mivel a szemfenéki elváltozások — az arteriák körülírt zsíros elfajulása, kaliber egyenetlenség, olvasószerű arteriák — soká fejlődnek ki, az arteriosklerosis diagnózisra csak előrehaladott esetben lehetséges. Az egyszerű hypertonia megállapítása lényegesen könnyebb, mivel van néhány jellegzetes elváltozás, amiből a magasabb vérnyomásra következtethetünk. Legfontosabb ezek között az érkeresztződési (Salus) tünet, amely abban áll, hogy az arteria és véna kereszteződési helyén az arteria nyomása miatt a véna összeszűkül, sőt esetleg meg is szakad. Jelenléte biztos tünete az állandósult hypertoniának. Időszakos hypertonia esetén ritkábban figyelhető meg. Egyes amerikai szerzők a kereszteződő erek képéből hozzávetőlegesen a vérnyomás nagyságát is meg tudják állapítani. Másik jellemző tünet a peripheriás arteriák elvékonyodása. Fontos még a Gunn-tünet, amely az arteriák csillag reflexében nyilvánul (ezüstdrótarteriák), továbbá a kis vénák kanyargóssága (Guist). Mivel hypertoniában, sőt néha kezdődő nephrosklerosisban is a belgyógyászati vizsgálat alig talál valami elváltozást olyankor, amikor a szemfenéken már kifejezetten láthatók a kóros tünetek, indokolt minden gyanús esetben a szemfenék vizsgálata. (G. 56.)

Györffy István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

A gyermekkori paratyphus különböző alakjai egyazon időben megbetegedett testvéreken. Wulf. (Arch. f. Khk. 116. 1.) Klinikai lefolyás szerint a gyermekkori paratyphusnak typhosus és gastro-enteritises alakja van. Langer ezenkívül még egy dysenterias, a franciák pedig egy septikus és meningoencephalitises alakját is megkülönböztetik. A diagnosis, ezen többféle megjelenési forma miatt, gyakran nehézségeket okoz. Ezen differentiaaldiagnostikai nehézségek feltüntetésére 4 testvér kórrajzát közli, akik ugyanazon időben, de különböző tünetek között betegedtek meg. Egyiknél a meningoencephalitises tünetcomplexum uralta a kórképet (tarkómerevség, pozitív Kernig-tünet, lábclonus és fokozott reflexek). Csak a negatív liquor-jelet és a pozitív Gruber-Vidal reactio döntötte el a diagnosist. A második gyermeknél magas láz (40 °C), conjunctivitis, valamint erős stomatitis mellett az egész testre kiterjedő serosus exanthema jelentkezett. A Gruber-Vidal-reactio negatívnak bizonyult, csak a leukopenia (4000), valamint a pozitív diazo-reactio és a többi gyermekkel azonos időben történt megbetegedés döntött paratyphus diagnosisa mellett. A harma-

dik gyermeknél gastro-enteritises tünetekhez bronchitis társult. Míg a negyedik gyermeknél ugyancsak gastro-enteritises tünetek mellett feltűnt a jobb váll nagyfokú érzékenysége abductio- és rotatióánál anélkül, hogy reflex-elterés kimutatható lett volna. Megemlíti, hogy Langer gyakran észlelt a gyermekkori paratyphus esetén ízületi gyulladásokat, periostitist és osteomyelitist. Végül megemlíti, hogy a 4 testvérnél a paratyphus bacillussal fertőzött tej volt a megbetegedés forrása. (K. 48.)

Timcsák Alice dr.

Sulfanilamid okozta exanthema. Schlesinger és Mitchell. (Amer. Journ. Dis. Childr. 56. 1.) 10 esetet tanulmányoztak. Az exanthema a sulfanil adagolásának 5–17-ik napján lépett fel. A kanyaróhoz hasonló kiütés előtt gyakran észlelték prodromális lázat, leukopeniát, lépduzzanatot. A kiütés 36–96 óra alatt tűnt el, ezután is gyakori a leukopenia. A kiütés lezajlása után adva, még kis adag sulfanilamid is leukacytosist és scarlatiniformis eruptiót okozhat. A sulfanilamid okozta exanthema és annak kísérő tünetei hasonlítanak a „nirvanol” okozta exanthemához. (K. 47.)

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Chronaxiavizsgálatok a gyermekkorban. (Együttl adatok az acetonaemiás hányás kérdéséhez.) (Arch. für Khk. 115. 4.) A cikk foglalkozik a chronaxia-vizsgálatoknak gyermekgyógyászati értékelésével. Chronaxia az a legkisebb időtartam, ameddig a rheobasis kétszeresének hatnia kell, hogy az izmon rángás keletkezzék. A rheobasis pedig a tet-szően hosszú ideig beható inger legkisebb hatásos erőssége. 5–10 percenként végezve egy vizsgálatot, megkapjuk a chronaxia-görbét, ami egyes betegeknél jellemző változásokot mutat. Spasmophilia és tetania esetén a rheobasis a galvános ingerlékenységgel együtt csökken, a chronaxia emelkedett. Kifejezett tetánias tünetek esetén a chronaxia a rheobasis értékével együtt alacsony. Görcsroham előtt a chr.-görbe nagy emelkedést és gyors süllyedést mutat és azután a rheobasis mintegy compensálva nő. Uraemia esetén normális rheobasis mellett magas chronaxia-érték észlelhető. Az acetonaemiás hányásnál roham alatt nyugtalanság mutatkozik az értékekben. A továbbiakban ismertetik az alkalisálásnak és a savanyításnak a hatását a chronaxiára, végül pedig rámutatnak a histamin chronaxiaemelkedést létrehozó hatására az acetonaemiás hányások esetében. A A chronaxia nagy emelkedésének az acetonaemia és egyéb hányás közti differentialediagnózisban jelentőséget tulajdonítanak. (K. 49.)

Takáts István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

Úszoda-otitis kapcsán kifejlődött mastoiditisek tünet-tana és lefolyása. Buchband. (Mschr. f. Ohrenhk. 73. évf. 5. füz.) A nagyszámú otitisekkel szemben, amelyeket meghűlések vagy fertőzőbetegségek okoznak, jóval ritkábban fordulnak elő azok a heveny középfülgyulladások, amelyek megelőző fürdőzéssel hozhatók közvetlen összefüggésbe. Ilyen esetekben a fertőzött fürdővíz vagy az orron és szájon át a tubán keresztül (tubotympanalis út), vagy a víz által okozott dobhártyarepedésen át (direct tympanalis út) kerül a középfülbe. A bécsi fül-orr-gégeklinika 6 év alatt 20 esetben kerültek műtetre oly mastoiditisek, melyek úszoda-otitis kapcsán keletkeztek, ami az összes esetek 1.07%-ának felel meg. E mastoiditisek sajátosságait szerző a következőkben látja: lefolyásuk sokkal súlyosabb, mint egyéb eredetű mastoiditiseké (15% mortalitás); súlyosabb a kép, ha a fertőzés a dobhártyarepedésen át direct éri a középfület, mintha a tubán át hatol be. Ennek okát szerző avval magyarázza, hogy a hirtelen behatoló nagytömögű patogen csírok a védelemre kevésbé felkészült nyálkahártyán könnyebben fejthetik ki hatásukat, mint azok, amelyek csak lassan és fokozatosan, a tubán keresztül hatolnak be. (A. 36.)

Ajkay Zoltán dr.

A diabetes mellett előforduló otitisekről. E. Majer. (Mschr. f. Ohrenheilk. stb. 73. évf. 5. füz.) Szerző 35 esete kapcsán vizsgálja, hogy befolyásolja-e a diabetes az acut otitist, és fordítva. Míg az insulin előtti időkben a cukor-betegeken végzett fülműtétek igen veszélyesek voltak, ma már megfelelő előkészítés után semmiben sem különböznek az egészséges szervezeten végzett műtétektől. Szerző tagadja, hogy a diabetes mellett fellépő acut otitisek ese-

tében jellegzetes csontelváltozások keletkeznek. Szerinte ezen csontdestruktíók más, nem diabeteses esetekben is is sokszor fellelhetők, tehát nem jellemzőek. A műtéti beavatkozást illetőleg szerző hangsúlyozza, hogy: 1. ha intracranialis complicatiók jelentkeznek, a beteg cukortalánítással nem szabad időt veszíteni, hanem azonnal operálni kell; 2. kevésbé sürgős esetekben a műtétet megelőzően a beteget megfelelő módon cukor- és acetontmentessé kell tenni; 3. insulinresistens esetekben — mivel ez a genyedés progrediálására mutat — a műtét mielőbb elvégzendő; és végül 4. comatosus állapotban lumbalpunkció végzendő az esetleges meningitis kizárására. (A. 37.)

Gergely Zoltán dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő:

Az Osler kórról. H. Hottenroth. (Arch. f. Derm. 178. 5.) Az Osler-féle betegség két esetét írja le, melyekben különösen a máj elváltozásai érdemelnek figyelmet. Az elsőben 45 éves nőbeteg a praeclimacteriumban jelentkezett orrvérzésekkel, melyek a menstruatio idejében elmaradtak. Az arcon, nyelven, ajakon, felső végtagokon és felső testen számos teleangiectasia. A széklet pozitív benzidin próbája bélnyálkahártya-megbetegedésre utalt. A máj kissé megnagyobbodott, a Takata-reactio pozitív volt. A második esetben pozitív galactose-próba és Takata-reactio, urobilin és urobilinogen a vizeletben és haemorrhagiás diathesis utaltak a máj bántalmazottságára. A bőrön és nyálkahártyákon teleangiectasiák, naevus araneusok voltak. Bár a máj és Osler-kór közötti kapcsolat még nincs teljesen tisztázva, valószínűnek tartja, hogy a máj megbetegedése az, amely kiváltó okként szerepel öröklött dispositio mellett. (Sz. 46.)

iffj. Nékám Lajos dr.

A bőr sensibilisatiós és desensibilisatiós tünetei tertiana fertőzés befolyása alatt. W. Baumgartner. (Dermatologica. 1939. 79. 11.) Fertőző megbetegedések alkalmasint képesek a bőr ekzémás tüneteit hosszabb-rövidebb időre visszafejleszteni, vagy a tünetmentes bőr kísérletileg megállapított ekzémás túlerzékenységét eltüntetni. Ez utóbbi kérdés kísérletileg még nem teljesen igazolt. Szerző a Bloch-Jada-sohn-féle lebenypróbával egészséges és ekzémás, túlerzékeny bőr reakcióképességét vizsgálta több anyaggal (10% arnicatinct., 1% chininsulf., 5% ol. croton, 3.5% formalin, 1% sublimat, 50% terpentin, 5% jódtinct.). Az ojtásos malária befolyása alatt az ekzémás bőr időlegesen desensibilizálódott, az egészséges bőr reakcióképessége pedig nem változott. A tuberculinreactiót az ojtásos malária nem befolyásolta, a trichophyton okozta allergia időlegesen eltűnt. (Sz. 47.)

Sipos Károly dr.

A histamin és alkalmazása a bőrgyógyászatban. M. J. Merenlender és H. Gabay. (Bul. soc. franc. Derm. et Syph. 1939. 1.) 30 betegen, akik különböző bőrbajban (8 kraurosis vulvae, 4 analis, 1 scrotalis pruritus, 6 neuroderma circumscript., 2 endart. obl., 3 pruritus genit. sine materia, 3 urticaria e frigore, 2 skleroderma, 2 arthritis gon.) szenvedtek, histamint alkalmaztak befecskendezés alakjában. A kezelés teljesen ártalmatlan. Szerintük egyrészt allergiás úton, másrészt a környéki idegrendszer útján hat. Legjobb eredményt a körülírt viszketéseknél láttak. A beteg területet körülfecskendezték szükség esetén akár 4–6 ccm-es, ccm-kint 0.5 mg. histamint, 1 cg. novocaint és 1 csepp 1:1000-es adrenalin tartalmazó oldattal, 2–4 naponként, 6 héten át. (Sz. 50.)

Dósa András dr.

Az uliron hatásáról, kiválasztásáról és a szervekben történt visszatartásáról. Blaich. (Münch. Med. Wschr. 1939. 5.) 33 kankós beteget kezelt ulironnal; mellékhatásokat 10 esetben észlelt (vérzéses exanthema, akrocyanosis, urticaria, veselaesio, fejfájás, fülzúgás, levertség). Arra a megállapításra jut, hogy 5 napos ulironlökés után csak 4–5 nap múlva fejeződik be a kiválasztás, mely az ürített vizelet mennyiségével arányos. Mellékjelenségek részben a csökkent kiválasztásra vezethetők vissza. Izzasztással és fokozott folyadékfölvétellel fokozható a kiválasztás. Az uliron a szervek visszatartják, állatkísérletben különösen a májban és lépben volt az uliron kimutatható. A rendszerint pozitív Weltmann-féle májfunctió próba átmeneti májártalomra utal. (Sz. 53.)

Szélvári Ferenc dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Der Beginn der Lungentuberkulose beim Erwachsenen.

Írta: H. Bräuning. (117 ábra és röntgenfénykép, 222 oldal. Thieme, Leipzig, 1938.) A felnőttkori tüdőgümőkör valóságos első kezdetének ismerete a tuberculosis elleni küzdelem szempontjából nagyjelentőségű. Csak két fontos kérdésre kell rámutatni, amelyre azért nem kapunk választ, mert a felnőttkori gümőkör kezdetéről édeskeveset tudunk: 1. milyen számú *nyílt* tüdőgümőkör kezdődik napok vagy hetek alatt? 2. van-e mód arra, hogy minden kezdetében felismert zárt tüdőfolyamat meggyógyuljon akkor, ha azt alaposan kezelik? Ezeket a fontos kérdéseket megelőzi a phthisiologia zászlós-kérdése: *hogyan is kezdődik a felnőttkori tüdőfolyamat?* E probléma fontosságát mi sem bizonyítja jobban, mint az a tény, hogy Bräuning tanulmányával szinte egyidőben jelent meg Malmros és Hedwall munkája (az O. H. 1939. évi 14. számában ismertettük), valamint Kayser-Petersen idevágó vizsgálata. A szerző 80.000 röntgenkép közül 226 olyan fényképsorozatot talált, mely a felnőttet „egészséges-beteg” állapotában rögzítette. Ezek közül feldolgozásra csupán 86 eset volt alkalmas. A negatív és pozitív röntgenlelet időközének csúcsértéke 21 hónap. A tüdőgócok árnyékminőségének megoszlásából kiviláglik, hogy túlnyomórészt homogen-infiltratív 70%, felhős-foltos 14%, keményfoltos-kötetes 1%, kiscsúcsos csúcsban 3%. Szorosabb értelemben vett korai beszűrődést 43 esetben vett fel. Elhelyeződés szerint infraclavicularis beszűrődés volt 34%; szélesebben véve: a kulcsfont és a III. borda magassága között, illetve a hilusig 47%. A csúcs és a III. borda, illetve a tüdőkapu között 93%-ban játszódott le a folyamat. Következésképpen a tüdőcsúcs és a kulcsfont között kezdődő megbetegedések száma nagyobb, mint ahogyan az az utolsó 10–15 esztendő közleményeiből következnék. A többi rendkívül fontos megállapításból e helyen csak néhányat rögzíthetünk és a munka alapos tanulmányozásának szükségességére hívjuk fel a figyelmet. A pubertásbeli tüdőgümőkör messze nem olyan rosszindulatú, mint azt eddig állították. A terhesség 25%-ban rosszabbítja a már fennálló folyamatot; e közül 20%-ban csak kis mértékben. A meghűléses betegségeknek nincs meg az eddig vallott, gümőkört kiváltó jelentősége. 86 betege közül 25 esetben talált elsőleges tüdőgöcot (primaeraffectust); ezek közül háromban a komoly tüdőfolyamat az elsőleges göcből indult ki, tehát gyakrabban, mint azt a tüdőszakorvosok állítják. A normális véréjszüllyedés, vérvég és hőmérséklet nem zárja ki az aktív folyamatot. Végeredményben mindaz, ami a beteg kezdő tüdőfolyamatát illető panaszairól, betegségének kiváltó okairól, helyéről, alakjáról, fejlődési tempójáról, terápiás befolyásáról és a prognosiról tudunk: *csak sejtés*. Ezért jogosnak látszik az a követelés, hogy ezek a tanok utánvizsgáltassanak, még pedig olyan megbetegedésekben, amelyeknek valóságos kezdete megfigyelés alá kerül; következésképpen azokban a folyamatokban, ahol olyan röntgenfényképsorozatral rendelkezünk, amely aktív tüdőfolyamat nélküli lelettel kezdődik és végig kísérhető egészen az aktív tüdőtuberculosis kifejlődéséig. Ezen kíváncsiak jegyében született meg ez az elhatározó jelentőségű munka.

Puder Sándor dr.

Az OTI Gyógyszerrendelési Útmutatójának ismertetése a gyógyszerrendeléssel és kiszolgáltatással kapcsolatos ki-egészítéssel címen Sarkadi Nagy Sándor OTI. gyógyszerész felügyelő, házagpótló s a társadalombiztosítási, orvosi és gyógyszerészi gyakorlatban nélkülözhetetlen könyvet írt. — A könyv előszavát az OTI. igazgató-főorvosa, Barla-Szabó József dr. egyet. m. tanár írta, melyben mind az orvosok, mind a gyógyszerészek figyelmét felhívja e könyvecskére. A könyv tartalmánál, beosztásánál fogva igen hasznos segítőtárs mind az orvosoknak, mind a gyógyszerészeknek. Beszerzhető: VIII., Népszínház-utca 27. Okleveles Gyógyszerészek Országos egyesületénél.

Retinitis diabetica. Steen Hanum. (Acta Ophth. 16. melléklete. Munksgaard, Kopenhága, 1939.) Szerző 966 cukorbeteg felőlő anyagban 195 retinitist talált. A leggyakoribb időszak mind a retinitis, mind a cukorbeteg szemponjtjából az 5. és 6. évtized. A cukorbeteg tartama és a retinaelváltozások jelentkezése közt kifejezett összefüggés van, míg a bántalom súlyossága és retinitis keletkezése közt nincs. Nők gyakrabban kapnak retinitist. Ez általában gyakoribbá vált az utóbbi években. 4 típust különböztet meg: izzadmányos (60%), circinoid (9%), vérzéses (25%) és proliferatív (6%). Utóbbi csoportban (12 eset) a vérben alacsony ascorbinsav-értéket és csökkent capillaris-eilenállást talált. Citromlé,

C- és P-vitaminok bevitelét ajánlja az ismétlődő vérzések ellen; itt úgy látszik a citrin a fontosabb. A vérzéseket azonban ez sem tudta megakadályozni. Tanulságos az aetiológiai tényezők megvitatása; sem a magas vércukor, sem az acetontestek, sem a cholesterolin nem felelősek a retinitisért. A hypertonia és vese eredetű sem fogadja el. A praecapillarisok és hajszálerek bántalmazottságát tartja döntőnek a retinitis keletkezésében. A retinalis syst. vérnyomás 75%-ban emelkedett volt; ez különben ép szemfenék mellett is előfordul. Megbízható statisztikai feldolgozás eredménye: diabeteses retinitisben szenvedő férfiak mortalitása 2.7-szer nagyobb, mint a retinitis nélkülieknek. A nők megfelelő arányszáma 1.6. A bő irodalommal bíró munka számos értékes és fontos megállapítást tartalmaz.

Grósz István dr.

Grundzüge der Lehre vom Stoffwechsel und der Ernährung. A. Hahn prof. (F. Enke, Stuttgart, 1939. 68 oldal. Ára: füzve 4 RM.) A táplálkozás kérdése nemcsak az orvosokat érdekli, hanem nemzetgazdasági és sociálpolitikai fontossága miatt másokat is. Eppen ezért kerültek az előtérbe napjainkban a táplálkozási kérdések. Természetesen szükséges, hogy az ezekkel a kérdésekkel foglalkozók ismerjék az anyagcsere és a táplálkozás tanának alapjait és eddigi eredményeit. Erre annál nagyobb szükség van, mert laikusok, táplálkozási rendszerek hirdetői, elméleteik egyoldalú alkalmazásával sok félreértést, több kárt, mint hasznot okoznak és téves nézeteket visznek be a közönség körébe. A Hahn könyve igen jól összefoglalja a táplálkozásra vonatkozó ismereteket; a könyv rövid terjedelmű ugyan, de minden lényegeset magában foglal. Megismerteti az anyagcsere vizsgálatának módját, a normális anyagcserét, különböző tényezők (hőmérséklet, táplálkozás, munka) hatását az anyagcsere, a táplálék összetételét, a vitaminok fontosságát. Külön fejezet tárgyalja azokat a következtetéseket, amelyek a kísérleti táplálkozási tudományból az ember táplálkozására nézve vonhatók. Szerző előadásmódja világos, jól érthető. Előnye a könyvnek, hogy különös előismereteket nem tételez fel, minek folytán nem-szakemberek számára is könnyen érthető. Mindenkinél, akit a táplálkozási kérdések érdekelnek, a legmelegebben ajánlhatjuk.

Láng Sándor dr.

A Közkórházi Orvostársulat május 17-i ülése.

Bemutató:

Eszter E.: Lues congenita, tarda esete. Kilencéves leánygyermeket mutat be, akin a veleszületett lues késői tünetei nagy számban és jellegzetesen nyilvánulnak meg. Előadja, hogy a veleszületett lues gyakori betegsége a gyermekkorban, azonban a betegség régebben olyan jellegzetes tünetei ma nemcsak hogy ritkábbak, hanem megjelenési alakjukban sem oly kifejezettek s ritkán mutatkoznak ugyanazon betegnél a tünetek nagyobb számban. Bemutatott esetében a congenitalis lues csaknem valamennyi késői tünete fennáll és legjellegzetesebb a jobb tibia elülső részletében lévő periostitis és gümma.

Sámuel A.: A túlfordott terhesség esetei. Három túlfordásos esetet ismertet. 1. A magzat kétheti túlfordás után elhalt. Stein-kúrára spontán szülés. 2. Háromhetes túlfordás után Stein-kúra, fogóműtét, élőmagzat. 3. Négyhetes túlfordás. Eredménytelen Stein-kúra. Újabb tágitás Evi-pán narkosisban, burokrepszés, spontán szülés, élő magzat. 4. 18-ik napon túlfordás után a szülés spontán indul meg. Elhúzódó kitolás miatt fogóműtét. A livid asphyxiában született magzat két nap műiiva exitál. A jelentéktelen intracranialis vérzés okozta exitus a túlfordott magzatok fokozott életlabilítását igazolja. A túlfordás megállapítása a megbízhatatlan adatszolgáltatások miatt igen nehéz. A terhesség ideje, mint biológiai folyamat, egyébként is nagy ingadozásnak van alávetve. Túlfordáskor a magzat rendszert túlnagy, de lehet rendes, vagy csökkent fejlődésű is. Gyakori a méhüri elhalás. Terapiás beavatkozásunkkal a magzat túlfejlődését és elhalását igyekszünk megakadályozni. A szülés megindítása történhet fájáskeltőkkel, tágitással, burokrepszéssel, stb. Adott esetben császármetszés is végezhető.

Csapó J.: A méz alkalmazása a csecsemőtáplálásban. A csecsemőtáplálásban használatos tejhigítások tápértékét szerző még 5–7% méz hozzáadásával fokozza. Ilyen méz az édesített tejhigításokkal táplálta a számárhurutban, vérhasban, tüdőgyulladásban, középfülgyulladásban és in-

luenzás vastagbélhurutban szenvedő csecsemőket. A méz az alkalmazott töménységben hasmenést nem okoz, sőt a hasmenések mézes tejhígításokkal gyógyíthatók. A mézzel való gazdagítás a tejhígítások tápértékét jelentékenyebben emeli, aminek a beteg, étvágytalan csecsemők táplálásában van nagy előnye. A szénhidrátdús, koncentrált táplálás a méz segítségével könnyen és olcsón megoldható. A mézes teát, a mézes tejhígításokat a csecsemők nagyon szívesen fogyasztják. A méz a legtermészetesebb, a legtisztább, könnyen felszívódó és feldolgozható cukoroldat, kívánatos, hogy úgy az egészséges, mint a beteg csecsemők táplálásában minél szélesebb körben alkalmazzák.

Péterfy M.: A méz felszívódása és felhasználása az egészséges gyermek szervezetében. Szerző méz, szőlő- és gyümölcscukor etetést végzett 8 egészséges gyermekben és 3 csecsemőn, majd 3 óra leforgása alatt 6 ízben meghatározta a vércukorértékeket és az ennek alapján megrajzolt vércukorgörbéből tájékozódást nyert a méznek a bélben történő felszívódására és felhasználására vonatkozóan. Kísérleteinek eredménye a következőkben foglalható össze:

1. A méz legalább olyan jól felszívódik a bélből, mint akár a szőlő-, akár a gyümölcscukor, sőt középértékben véve nagy abszolút vércukoremelkedést idéz elő.

2. A méz cukrainak felhasználása a szervezetben kissé lassúbb menetének látszik, de ez az elhúzódnak nem írható a kihasználás rovására.

3. Nemcsak a méz, de az azt alkotó cukorféleségek is gyorsabban felhasználódnak és elraktározódnak a csecsemők szervezetében, mint nagyobb gyermekeikében.

Csapó J.: Az egyetlen gyógyszer, amit használnak az az ópium.

Reinhardt L.: A csőves csontok nyílt törései. A Friedrich és Böhrer által kidolgozott műszeres sebtisztítással és aspecifikus sebellátással sikerült a nyílt törések zavartalan gyógyulását az esetek 79.4%-ában biztosítani. Míg a régebben követett antiseptikus eljárások mellett 57.1%-ban equestek, tályogok, kötőszöveti lob, sepsis léptek fel, ezt az arányt asepsissel 7.9%-ra csökkentettük. A halálozás 12.8%-ról 7.6%-ra sülyedt, a gyógyulás átlagos időtartama 139.7 napról 74.2 napra csökkent. A kezelés főbb irányelvei: nem altatunk és nem végzünk műtétet. A seb összes rétegeit kimetszük, az erek, idegek és csonthártya megkimélésével. A műtétet lehetőleg helyi érzéstelenítésben végezzük. Csontvarratot nem alkalmazunk, a sebet nem msosuk ki, nem öblítjük. A seb rétegeit csak ritkán elhelyezett egyeztető öltésekkel egyesítjük. A törés helyreigazítása után a végtagot tartósan rögzítjük.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete április 26-i ülése.

Bemutatás:

Hank A.: Borda és csigolya fejlődési rendellenessége. Másfél éves gyermekben ékcsigolyaképződés, spina bifida és Serb-féle bordaösszenövés esetét mutatja be, ezzel kapcsolatban tárgyalja a fejlődési rendellenességek létrejöttét és rámutat a mellkasi felvételek készítésének szükséges voltára.

Előadás:

Erdélyi J.: A pajzsmirigybetegek sugaras kezelése. Előadásának tárgyát három fejezetre osztotta: 1. Struma maligna. 2. Belső secretió zavarát nem okozó jóindulatú struma. 3. Hyperthyreosis. — Húsz esztendő belorvosi és röntgenes tapasztalatai alapján összehasonlítja a sugaras és a sebészi kezelés eredményeit, s összegezi az ezekből levonható tanulságokat. Nagy anyagának feldolgozásával az a célja, hogy a pajzsmirigybetegek kezelésében mindig idejében megtaláljuk a legheyesebb tennivalót. A struma maligna fejezetben részletesen foglalkozik a diagnostikával is, mert ezen betegségek gyógyításához szükséges nagy sugármennyiség alkalmazásáért csak akkor vállalhatjuk a felelősséget, ha diagnosztikánk biztos. A malignus struma kezelésére legalkalmasabb a kombinált sebészi és röntgenkezelés. A műtét halálozás csökkentésére — bízva a röntgensugár kedvező hatásában — helyesebb, ha a sebész néhez esetekben nem törekszik a gyökeres kiirtásra. Itt tudatosan alkalmazhatjuk a nem radicalis kiirtást. Az athyreotoxikus golyvák csoportjában a sebészi kezelése az első. A röntgenezés kevésbé eredményes, csak akkor végezzük, ha a beteg a műtétbe nem egyezik bele, vagy a műtét ellen-

javult. Legrészletesebben a hyperthyreosisra foglalkozik. Az I. sz. b. klinikai 1930—37. évi, 8 esztendő anyagán tett tapasztalatait ismerteti. Ezen idő alatt 152 beteget részesített röntgenkezelésben. Meggyógyult 38%, javult 37%, nem javult 25%. A részletes adatokat 6 táblázatban ismerteti. Beszámol arról, hogy a röntgenkezelés a betegség egyes tüneteit miképpen befolyásolta. Kitér azokra az okokra, melyek miatt a hyperthyreosisos betegek egy része nem gyógyul meg. (Az egész belső secretió rendszer súlyos zavaia, alkati fejletlenség.) Nagy a nemjavultak százaléka (40%) abban a csoportban, melyben a betegséget súlyos lelki csapás váltotta ki. Foglalkozik a jódkezeléssel egybekapcsolt röntgentherápiával, a műtét kezelése eredményével s részletesen ismerteti műtét indikációs elveit. Conservatívabb az álláspontja, mint az amerikaiaknak, de elvei betartása mellett a röntgenkezelésre nem javulók is idejében kerülhetnek műtetre. Elengedhetetlen, hogy célszerű belgyógyászati kezelés támogassa a röntgenkezelést. Beszámol a klimatikus kezeléssel való kombinálás nagy hasznáról, továbbá a kombinált hypophysis- és thymus-besugárzásokról. A pajzsmirigybetegek mindhárom csoportjában részletesen ismerteti a besugárzás technikáját. Megfigyelései szerint a helyesen végzett sugárzás az esetleges későbbi műtétet nem akadályozza.

Csépai K.: A hyperthyreosis műtét gyógyításával szemben a röntgenbesugárzás előnye, hogy közvetlen veszélyt nem rejt magában. Az amerikai műtét statisztikák feltűnő jó eredményeket mutatnak, mégis lehetőleg próbálkozzunk mindig előbb röntgenkezeléssel, amelynek a környező szövetekre gyakorolt esetleges hatása nem lehet a későbbi műtétnek komoly akadálya. A röntgenbesugárzás kiválthatja a beteg állapotának átmeneti romlását, de mivel a kezelés hatása sokszor elhúzódnak, javasolja a hatás megállítására szánt várakozási idő meghosszabbítását. Megemlékezik a hyperthyreotikus pajzsmirigy-hypophysis röntgenkezeléséről, melynek jó hatását elmondott példákkal igazolja. Kiemeli, hogy a betegek jobban tűrik a pajzsmirigyműtétet hypophysis-besugárzás után. Eseteiben a betegek 8—12 nap alatt 800 r-nyi röntgensugarat kaptak a hypophysisre; ez utóbbi esetleges reakcióját jódadagolással ellensúlyozta.

Ezután az összetett jód-röntgenkezeléssel foglalkozik. A kettő kiegészíti egymást; a jódnak gyorsabb, a besugárzásnak elhúzódnak a hatása. Fontos a tartós jódadagolás! Közbeleépő más eredetű tünetek jelentkezésére nem szabad abbahagyni, mert ez csak súlyosbítja a kórképet. Két kiemelkedő esete bizonyítja, hogy az átmeneti rosszabbodás nem jódhatás volt, sőt a beteg állapota további jódszedésre rendeződött.

Czeyda-Pommersheim F.: A hyperthyreosis kezelését belgyógyász, röntgenes, sebész együtt állapítsa meg. Elismeri a röntgenkezelés előnyeit, de nem ajánl a hatás megítélésére túlságosan várakozási időt, melyet az esetleg mégis szükségessé válható műtét kedvező időpontját elmulasztathatjuk. A műtét elvégzése mellett szól a statisztika: a legrosszabb röntgenkezelési eredmény 15%, a legrosszabb sebészi 7% mortalitást mutat. Kiemeli a műtét előkészítésben a jódadagolás fontosságát. A műtétnél jelentkező nehézségek: összenövés, pajzsmirigy-törékenységek, nem a besugárzás eredményei, hanem a betegség gyulladással jellegének kifejezői.

Elischer E.: Az osztályán 10 év alatt operált 614 struma, közöttük 131 Basedow-beteg szerzett tapasztalatairól számol be. A régebbi időben alkalmazott thymusbesugárzás nem bizonyult hatásosnak. Magának a golyvának besugárzása az esetleges műtétet lehetőleg 4—12 héttel előzze meg, mert ennyi időre van szükség a hatás teljes kifejlődésére. A besugárzás után a golyva kötőszövetesebb lesz, de ez a körülmény a műtétet lényegesen nem nehezíti meg (Verebéli, Bakay, Wanberg). A mesencephalon-rendszer pajzsmirigy viszony ismerete óta mindjobban elterjedt a hypophysis röntgenbesugárzása. Az Uzsoi-utcai kórház röntgenosztályán két mezőnyben 400—400 r-et, esetleg erős exophthalmusnál még többet adnak. Ez a besugárzás nemcsak a hypophysis thyreotrop hormonjának funkciósökkenését célozza, hanem — amint ezt Wahlberg tapasztalatai is megerősítik — igen jó hatással van a thyreotoxikus tünetekre, elsősorban az exophthalmusra. 1936. óta Csépai ajánlatára minden Basedow-struma előkészítésénél elvégezzük (mellette Plummer-jód-előkészítést, A- és C-vitamin adagolást, intravenás cukrot, nyugtatókat) és ezáltal csökkent a mortalitás (kb. 4%). A röntgen igen nagy segítségével a műtét therapiának nemcsak az előkészítésénél, hanem a postoperatív hyperthyreosisok, esetleges recidívák

kezelésében. Valószínűnek gondolja, hogy idővel a rádium-besugárzásnak is nagyobb tér jut.

Gaál A.: A III. belklinikán a hypothyreosisokat eleinte kis adaggal kezelték (1 hónap alatt 3 besugárzással összesen kb. 700 r-t adtak 3 mm-es Al. szűrővel). Később a do-sist növelték: fractionálva 8—10 nap alatt 0.5 mm. Cu. + 1 mm. Al. szűrővel 1000—1500 r-t adtak. Az utóbbi technikával lényegesen jobb eredményeket értek el. Számos esetben hypophysis besugárzást is alkalmazott, ami a pajzsmirigy kezelésének igen jó segítője.

Leszler A.: A Basedow-kór és a hyperthyreosis gyógykezelésében lehetőleg a munkaképesség teljes helyreállítására és gyors gyógyulásra kell törekedni. Legtöbbször a beteg socialis helyzete sem engedi meg, hogy éveken át gyógykezeltesse magát és csak teljes pihenés és folytonos magaslati kezelés mellett érezze magát jól. De lehetőleg azért is gyors gyógyulásra kell törekednünk, mert közismert, hogy a friss esetek gyógyulási hajlama jobb, mint az évek óta tartó Basedow-korban, hol a tünetek mindjobban fixálódnak és a thyreotoxikosis a belső szervek bántalmazottságához vezet. Legehelyesebben akkor járunk el, ha az adott körülmények között a beteg állapotához szabjuk terapiánkat. Általában azonban, ha az első sugaras kezelés után számított 10—12 hét múlva lényeges javulás nem áll be, vagy a sugaras kezelés ellenére rosszabbodik, műtétet ajánl. A sugaras kezelés technikájában Erdélyi eljárását követi és attól jó eredményeket lát.

Prochow F.: Ismerteti a Bakay prof. vezetése alatt álló II. sebészeti klinika műtétai statistikáját, amelynek világviszonylatban is igen kedvező a halálozási számaránya: a legutóbbi sorozatban csupán 1.4%.

Sailer K.: A röntgenbesugárzás nem eredményez összenövéseket; egyrészt a Basedow-golyva fixáltságát röntgenkezelésben nem részesült betegek is mutatják, másrészt röntgenbesugárzás után komoly műtétai akadályokkal soha nem találkozott. Nem bírálja, mint sebész, a röntgenkezelés százalékos hatását, annál is inkább, mivel ilyen beteg sebészhez nem kerül. Okvetlenül szükséges könnyű és közepes esetekben a röntgenbesugárzás elvégzése, de súlyos eseteket, így toxikus adenomákat nem várassuk; itt műtéttel érjük el a legjobb eredményt. A műtét előkészítéskor szereplő jódagadolásban osztja az előtte szóló sebészek véleményét.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvostudományi Szakosztályának ápril. 17-i ülése.

Bemutató:

Szüle D.: Évek óta tartó spontán pneumothorax. Jelenleg 40 éves férfi esetét mutatja be, melynek érdekessége, hogy teljesen tünetmentesen zajlik már 1935. eleje óta. Az ú. n. idiopathikus spontán légmell csoportjába sorozza, dacára annak, hogy oka chronikusan zajló, finom, intersticiálisan fejlődő, larvált, heges tüdőcsúcs körüli tbc-és elváltozásban keresendő. Ezt a feltevést röntgenvizsgálattal alátámasztani nem tudja, de a beteg foglalkozása (kórházi alkalmazott tüdőosztályon), nála észlelt finom allergiás anomáliák, ismétlődő phlyktaenák valószínűvé teszik a feltevés jogosságát.

Előadások:

Jendrassik L.: Új módszerek a vér cukortartalmának meghatározására. Új eljárásait ismerteti, melyek a meghatározást laboratóriumi eszközökkel az eddigi módszereknél pontosabban és egyszerűbben teszik lehetővé. A leginkább elterjedt Hagedorn—Jensen-féle eljárás nem eléggé elektív, eredménye kóros esetekben sok nem-cukrot is magában foglal. A használatos cadmium-módszerek sem tökéletesek. A kicsapóeljárásokat egyrészt ezüst alkalmazásával javította, mely az idegen redukáló anyagokat a legjobban távolítja el, és pedig hidegen, főzés nélkül. Az ezüst akár wolframsavval, akár molybdaen-savval, cadmiummal, trichloreccsavval használható együttesen. Egyszerűvé teszi viszont az eljárást, hogy szűrés helyett centrifugálást alkalmaz, a folyadékot a csapadékról leöntve. — A ferricyan-kaliumos reductio utáni jodometriát egyszerűsítette két oldat alkalmazásával, melyekből néhány csepp használható a thiosulfatos titrálás előtt. Még egyszerűbb azonban a ke-

letkezett ferrocyan-sav oxydimetriás titrálása, melyhez permanganatot használ és pedig kristályibolyának, mint redox-indicatornak alkalmazásával.

Tóth G.: Enzym-chemiai vizsgálatok. Amióta Berzelius rámutatott az enzyme fontosságára, azóta a fermentek állandóan a tudományos kutatás tárgyai voltak. Az enzyme a sejtekben vagy oldható állapotban fordulnak elő (lyo-enzyme), vagy nehezen oldható vegyületekhez vannak kapcsolva (desmo- és endo-enzyme). Enzymatikus lebontásokkal néha egyszerű módon juthatunk el olyan készítményekhez, melyeknek előállítása rendszeresen csak erélyes chemiai módszerekkel történhetik. Így pl. az élesztő sejt-hártya polysaccharidjának enzymatikus előállítása azonos eredményre vezet, mint a savakkal és lúgokkal való el-különítés.

Az egyes enzyme szétválasztása a természetes ferment-keverékekből különösen adsorptiós módszerekkel sikerül. Így pl. a cellulase és cellobiase szétválasztására a meta-aluminiumhydroxyd alkalmas. Ezen enzyme hatását a cel-lulose jól karakterizált, kristályos lebontási termékein lehetett tanulmányozni.

Az enzyme szétválasztására legújabbán a chromatographikus adsorptiós módszer bizonyult megfelelőnek. A pécsi egyetemi chemiai intézetben az emulsin néhány enzymejét sikerült ilyen módon egymástól különválasztani. Megfelelő kísérleti körülmények között a β -d-glucosidase a bauxit oszlopon teljesen elnyelődik, míg az α -d-galaktosidase és chitinase a szűrőrétegre megy át. A chromatographia megismétlésénél a két utóbb említett enzyme is szétválasztható.

Hasonló módszerekkel tanulmányozva a salicin, cellobiose és lactose bontóképességek teljesen párhuzamosan haladnak.

A chitodextrin és chitobiose (N-acetyl) hatások azonban chromatographiával egymástól szétválaszthatók nemcsak az emulsinból, hanem az éti csiga (Helix pomatia) hepatopancreas enzyme-keverékéből is.

Az Állami Tisztviselők Gallyatetői Üdülőjének megnyitása.

Külsőségeiben egyszerű, bensőséges ünnep keretében nyitotta meg Reményi-Schneller Lajos pénzügyminiszter a Péterhegyen 923 méter magasságban épült üdülőt. Jelen volt Fabinyi Tihamér volt pénzügyminiszter, az építés elhatározója és megkezdője, valamint a telektulajdonos egri érsekség, a vármegye, a község, a pénzügyminisztérium, az OTBA. legfőbb vezetősége, a napi sajtó számos képviselője és mindazok, akiknek a tervezés szellemi és műszaki részében, a kivitelben részük volt.

Az épület 30 holdas bekerített területen fekszik, melyhez 50 holdas erdőterület tartozik — a források védterülete. — Külseje egyszerű, fehérén hézagolt anderit; belseje a közegészségügy és technika minden korszerű követelményét az ízlés, gazdaságosság, célszerűség hármasszempontjának megfelelően valósítja meg, magyar anyaggal és munkával.

Az intézmény eredeti rendeltetésétől eltért és nem mint OTBA-üdülő valósult meg, hanem javaslatom értelmében sport- és gyógy szálló formájában. Így nemcsak a tökélet szolgáltató „Állami Nyugdíjárulék Alap” tagjainak állhat rendelkezésére a legtöbb kedvezmény elve alapján, hanem az összes közalkalmazottnak, hozzártartozóik, nyugdíjasaik részére, sőt teljes díjat fizető magánosoknak és külföldieknek is.

Az intézmény egészségügyi vonatkozásban nem kórházi vagy szanatóriumi jellegű, hanem üdülő, amelyet a magaslati éghajlati kezelést igénylő betegek az üdülés és lábbadozás idejére vehetnek jó eredménnyel igénybe. Ennek megfelelően orvosi rendelővel, szerény

laboratóriummal, átvilágításra szolgáló Röntgen- és rövidhullámú készülékkel, kvarzlámpával, oxigén-fogyasztást meghatározó (Krogh) készülékkel és vízgőyintézzel szerelték fel.

A sportvonatkozásokat a fedett uszoda, sí-pálya, korcsolya- és jéghekkipálya, tennispálya, napozó szolgálja, megfelelő turisztikai lehetőségekkel, tehát az egész éven keresztül megfelelő sportolási lehetőségeket nyújt. A sportolók részére méltányos árú turistaosztály biztosít szállást és étkezést.

Bőségeen méretezett és ízlésesen berendezett társas helyiségek állnak a vendégek rendelkezésére a földszinten, ami kedvezőtlen idő esetén nagyon fontos és előnyös. Igen figyelemreméltó a remélt nagy forgalom teljes kielégítését biztosító legkorszerűbb tagolt konyha és a fedettuszoda rejtett padló- és mennyezeti fűtése páramentesítés céljából.

Az épületet kert veszi körül, a kertterv a sziklakertre, fásításra, virágokra egyenlő súlyt helyez; főleg a fenyőtelepítés kell hogy sikeres és gyors legyen.

Férőhelyek tekintetében 105 szoba áll rendelkezésre, 250 vendég részére. Az árak a jogosultság, idény és igények szerint (napi háromszori étkezéssel és orvosi felügyelettel egybekötve) személyenként 4—22 pengő között ingadoznak, tehát a tisztviselők minden rétege számára megfizethetők. A 22 pengős ár a nem beutalt magánosoknak, földenyben, keleti fekvésű, erkélyes, fürdőszobás luxus elhelyezést biztosít. Posta, telefon az épületben van, a gyöngyösi és pásztói vasútállomástól autóbuszvonal vezet a szállóig, megfelelő vonatcsatlakozásokkal. Ár és távolság egyforma (2.50 P., 27 kilométer).

Igy kezelési szempontból előnyös, hogy az igény-jogosultaknak a beutalást kérniük nem kell, az elhelyezésnek férőhely esetén nincs akadálya.

Orvoscari szempontból a gallyatetői üdülőszálló az állami tisztviselő orvosoknak és igényjogosultjainak nagyobb, a véderő, állami üzemek, önkormányzati intézmények orvosainak kisebb kedvezményrel teszi lehetővé a magaslati éghajlat áldásainak kulturált környezetben élvezését.

A gallyatetői üdülő megépítése azonban a m. kir. kormányhoz benyújtott Mátia-fejlesztési javaslatomnak csupán egyharmad részben történt megvalósítását jelenti. Szükséges, hogy az ajánlott sebészi gümőkóros szanatórium, mint az állami gyermekklinika magaslati osztálya és a Basedow-kórház, mint hazánk egészségügyében erősen érzett, hiányt pótló intézmények is megvalósuljanak. Kétségtelen, hogy a rubrophen-kezelés a magaslati éghajlat alatt az eddigénél is rövidebb gyógytartam elérését igéri, valamint az is, hogy a Basedow-betegek eddigi kezelése csupán külföldön volt lehetséges a betegségi biztosító intézetek igényjogosultjainak rétegében, ami pedig csak kevesek számára volt elérhető.

Az építkezés lehetősége az út, villany, víz, telek-kérdés megoldása révén megvan, a szükséges tőke pedig a betegségi biztosító intézetek befektetésre váró tartalékai útján áll rendelkezésre. Az eredmény tehát csak az erős akaraton múlik.

Zemplényi Imre dr.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 24. sz. Umber F., Störing F. K. és Engelmann G.: Klinikai tapasztalatok 240 cukorbeteg az új nativ insulin-depot IV. készítménnyel. — **Markoff N.:** Intravitalis csontvelővizsgálatok acidosis osteopathia esetében. — **Widnauer F.:** C hypovitaminosis? — **Falke:** Összehasonlító ascorbinsavmeghatározások eredményei a vérben és a vizeletben. — **Bock H. E. és Iombres P.:** Vitás nézetek a vörösvérsejtek nagyságának klinikai jelentőségéről. — **Kabelitz G.:** Vizsgálatok a vizelet-festékanyag kiválasztásáról diabetes insipidusban. — **Franck-Fahle M.:** Histológiai vizsgálatok infantilis egerek petefészkeiben az Ascheim-Zondek-reactio kiviteléivel kapcsolatosan. — **Ritser K.:** Aneurinmeghatározás kismennyiségű vérben a thiochromeljárással. — **Guhr G.:** Vizsgálatok a B₁ vitamin anyagcseréről. — **Westerlund E.:** Mellékvesekéreg hormon hatása a zsírtelhelési görbére Addison-kórban. — **Gerbasi M.:** Megjegyzés az élőben végzett bakteriológiai csontvelővizsgálathoz. — **Albus G.:** A histaminase és chloresterinase aktivitása lappangó allergiás egyénekben. —

Münchener Medizinische Wochenschrift. 24. sz. Ehrhardt R.: Lélekzik a magzat az anya testében? (Röntgen-tanulmány). — **Löber H.:** Tapasztalatok a meningitis kezelésével. — **Knepper R.:** Fascia nekrosis a subcutis pyogen fertőzéseiben. — **Frenzel M.:** A vérselysüllyedés gyorsaságának practicus értéke. — **Schoenemann H.:** Mérgezőek egymagukban ártalmatlan tápszerek és élvezeti szerekkel. — **Zederbauer G.:** A subcutan védhimlőoltásról. — **Leinzinger E.:** A keresztfájdalom és kezelése a szülészetben panacainnal. — **Frutwin H.:** Az első műketrány. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift. Knoll: Alkalmazkodási jelenségek a sportban. — **Schaffer:** Lehet-e méh-rákot hosszú évekre tartósan gyógyítani? — **Hinselmann:** A méhszájon üő carcinoma modern korai diagnosztikájának eredményessége. — **Rikl:** Az anachoresis klinikai kihasználása focaltoxiikus rheumás bántalmakban. — **Oehlecker:** A Kienböck-féle rheumatoid ízületi tbc. ellen. — **Roffo:** Rákfejlés egységes anyag a különböző dohánykátrányokban. — **Eisler és Schaumann:** Dolantin, egy új fajta spasmolyticum és analgeticum. — **Dietrich:** Klinikai tapasztalatok egy új synthetikus spasmolyticummal és analgeticummal. — **Schäfer:** Fájdalomcsillapítás a sebészetben dolantinval. — **Müller:** Bakteriális fertőzések kezelése a szülészetben pron-tosillal. — **Stenger:** A meningitis epidemica chemotherapiája. —

Wiener Klinische Wochenschrift. 24. sz. Pözl O.: Élet-tani és kórtani adatok az egyéni tempóról. — **Breu W.:** A negatív munkakísérlet értékelése az elektrokardiogrammban. — **Wachner G.:** Solitaer kerek tüdőgócok a röntgenképen. —

La Presse Médicale 46. és 47. sz. Clovis Vincent: A neurochirurgia jövője. — **Durel, Halpern etc.:** Az α -pyridin útja a vérben, agy-gerincvelői folyadékban és vizeletben. — **Chassagne P. és Cavier R.:** A Daring-Bracq-betegség (dermatitis herpetiformis) physiko-chemiai tünetcsoportja. — **Iancu, Oprisin és Jule:** Vizsgálatok a rejtett ascorbinsavhiányról. — **Métivet G.:** A Whitehead-műtétről. — **Chalier:** A phlebitisek kezeléséhez. — **Durand:** Arcrákok kezelése petróleummal. —

The Lancet. jún. 17. H. Cookson: Toxiikus golyva. — **J. V. Landor:** B₂ vitaminhiány. — **F. O. Mac Callum, G. M. Findlay:** Lymphocytás choriomeningitis. — **M. Hynes:** Sternum punctio. — **F. B. Parsons, R. J. Twort:** Idült thyrotoxiikus myopathia, thyroidektomiával gyógyítva. —

British Medical Journal, jún. 17. E. Mira: A psychiatriai tapasztalatok a spanyol háborúban. — **C. Allen, L. R. Broster, stb.:** Paranoid psychosis adrenogenitalis virilismussal, eredményesen kezelve adrenalektomiával. — **I. Hughes:** Spinalis érzéstelenítés, az idődiffúziós módszer áttekintése. — **A. M. Hain, E. M. Robertson:** Pregnandiól kiválasztás a menstruációs ciklusban. — **I. Sommerville:** Gonorrhoea-kezelés M. & B. 693-al. — **E. Sakschansky, H. I. Trenchard:** Egy 14 éves gyermek vakcinás encephalitise; — **B. I. Har-ram:** Beszámoló egy endokrin klinikáról. —

ORIZA

Krompecher, Budapest, V., Nádor-u. 15

a rizs tápanyagainak változatlan mennyiségben tartalmazó
száritott rizsnyák

melyből a csecsemőgyógyászatban tejhígításra és gyógytáplálékkul
használatos rizsnyákdalok percek alatt elkészíthetők.

RENDELHETŐ: Közgyógyszerellátás, Bányatársaspénztár és MÁV terhére.

agranulocytosis
Leukopenia

Granulocitogen
„Certa”

KOZMETIKUS-SEBÉSZ

összeköttetést keres budapesti dermatológussal, v. kozmetikussal. — Választ kér „Külföldi 86” jeligére **Tenzer Hirdetőjébe**, Budapest IV., Szervita-tér 8.

The Journal of the American Medical Association, máj. 27. H. M. Cleckley, V. P. Sydenstricker, L. E. Geeslin: Nicotinsav az atypikus psychotikus állapotok kezelésében. — I. S. Mc. Lester: Táplálkozási hibák határállapotai. — H. G. Brugsch, I. H. Pratt: Rövidhullámkezelés tüdőtályogban. — L. H. Schmidt, D. B. Remsen: Epesó injectiók β -haemolytikus streptococcus-fertőzésben. — S. L. Wangan, T. Wright: Purpara haemorrhagica. — A. L. Kruger: Az orvos viszonya a tbc-s beteghez. — I. F. Volini, N. Flaxmen: A nem-specificus operatiók hatása az essentialis hypertoniára. —

VEGYES HIREK

Személyi hírek: Benedek László professort a Brazíliai Ideggyógyászok Egyesülete tiszteletbeli tagjává választotta. — A belügyminiszter Lumniczner Sándor dr. egyetemi magántanárt a kassai kórház főorvosává kinevezte. — Lehoczky Tibor dr. egyet. magántanár, a Szent István-kórház ideggyógyász főorvosa a Société de Neurologie de Paris júniusi ülésén Párisban nagysikerű előadást tartott a Paget-féle betegség ideggyógyászati tüneteiről. A Társaság elnöke, M. Tournay különös melegséggel köszöntö meg az előadást és felkérte előadót, hogy a Társaság ülésein rendszeresen vegyen részt.

A Magyar Sebészárság Nagygyűlése. A Magyar Sebészárság idei nagygyűlését június 9-én és 10-én Budapesten tartotta meg Elischer Ernő dr. elnöklete alatt. A tárgyalásra került vitakérdések: „Emlődaganatok” és „Sport-sérülések” voltak. A két tárgy előadói: Borsos-Nachtnabel Ödön dr., Jáki Gyula dr., Ratkóczi Nándor dr., Schmidt Lajos dr., Kisfaludy Pál dr., Nagypataki Gyula dr., Lumniczner Sándor dr., Kopits Imre dr., Jakob Mihály dr. voltak. — A jövő évi nagygyűlés megválasztott vezetősége: elnök: Király Jenő dr., titkár: vitéz Novák Ernő dr., jegyző: Fabó Zoltán dr., pénztáros: Skoff Tibor dr. Az igazgatótanács új tagjai: Schmidt Lajos dr., Monszpart László dr.

Idei fürdőismertetését kiadta az Orsz. Balneológiai Egyesület. A 127 oldalas zsebkönyvecske ismerteti a mai Magyarország fürdőit és ásványvizeit hírverés nélkül, de az objectív igazságnak megfelelő szövegben, a legtöbbet sikerült képekben is, s a szoba és panzióárak felől is jól tájékoztat. — A visszacsatolt területek fürdői és forrásai is megtalálhatók benne. Az ismertetőt Vámosy prof. és Frank Miklós dr. előszava, valamint Bacsó Nándor meteor. intézeti adjunctus értekezése Magyarország éghajlatáról vezeti be. Ára 50 fillér, minden könyvesboltban, dohánytözsdében és vasuti állomáson kapható.

Nemzetközi kozmobiológiai congressus. A második nemzetközi kozmobiológiai congressus előkészítő bizottsága április 9. és 11. között ülésezett Mentonban, Laignel-Lavastine prof. elnöklésével. Résztvettek továbbá Maurice Faure és van Tricht is. Az ülések folyamán bemutatkoztak egymásnak az államok képviselői: argentinai, belga, brazilai, hollandus, magyar, olasz, svájci kiküldöttek. Kitérték a legközelebbi congressus határidejét: 1940. május 12-ét. A congressust Rómában tartják Sabatini prof. elnöklete alatt. Az

előkészítő bizottság legközelebbi ülése 1939. szeptemberében lesz. A főtítkárság címe: Nice, 24, Rue Verdi.

Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége június 29- és 30-án Szegeden tartja nagygyűlését. *Június 28-án:* Indulás Budapestről gyorsvonatokkal 14.15, vagy 18.50 órakor. A menetrendszerű autóbusz a Mussolini-térről 16.30 órakor, a körutazásra beállított külön autóbuszjárat a Kálvin-térről 15.30 órakor indul. — *Június 29-én:* Ünneplés együttes ülés 9.30 órakor a Ferenc József Tudományegyetem központi épületének dísztermében. — *Június 30-án:* 10.15 órakor a nagygyűlés tudományos előadásainak második sorozata a tudományegyetem központi épületének dísztermében. — A nagygyűléssel kapcsolatban a klinikákat, kórházakat és közintézményeket is megtekintik a résztvevők. továbbá társasutazásokat rendeznek. — Részletes felvilágosítással szolgál: Strobl Ferenc dr., Szeged Tisza Lajos krt. 95.

A Magyar Elmeorvosok Egyesülete november 5., 6. és 7. napjain tartja XV. Országos Értekezletét. Az értekezletet megelőző napon, nov. 4-én d. u. 6 órakor az Elme- és Idegkórtani Klinikán (VIII., Baross u. 6.) tartják évi közgyűlést. A közgyűlés napján este 8 órakor a Pannónia szálló különtermében ismerkedési vacsora. Az értekezletre a beérkezett indítványok alapján a következő referátumokat tűzték ki: 1. Elmebetegek válása jogi és elmeorvosi szempontból. Előadók: Szladits Károly dr. egyet. ny. r. tanár (jogi része), vitéz Szecsődy Imre dr. egyet. magántanár (elmeorvosi része), feikért hozzászóló Bakody Aurél dr. egyet. magántanár. 2. A vitaminok és idegrendszer. Előadók: Beznák Aladár dr. egyet. ny. r. tanár és Horányi Béla dr. egyet. magántanár. 3. Az öregkori psychosisok és rendszer-tanának mai állása. Előadó: Angyal Lajos dr. egyet. magántanár. — Az említett referátumokon kívül az értekezlet igényt tart minden olyan gondolatra, eszmére, mely pszichiatrai szempontból gazdagodást jelent. A referátumokat és előadásokat saját kiadványukban kivonatossan ismertetni szándékoznak. — Az értekezlet koriátózott voltára tekintettel az egyesület igazgató tanácsa csak közérdekű előadásokat fogadhat el. Felkéri mindazokat, akik az elme- és ideggyógyászat körébe tartozó előadásokat óhajtanak tartani, hogy előadásaiknak címét legkésőbb július 1-ig írásban közöljék, az egyesület titkárával (Bakody Aurél dr. I., Hidegkúti út 72.). — Az értekezlet elé terjesztendő indítványokat ugyancsak kéri, hogy az indítványt tévők legkésőbb július 1-ig juttassák el írásban az egyesület titkárához. Az értekezlet nagy programjára tekintettel egy előadás 15, egy hozzászólás 5 percnél tovább nem tarthat. Az értekezlet tagja lehet minden érdeklődő. A tagsági díj 5 P, testületek és hasonló jogi személyek részére 10 P, mely előzetesen, lehetőleg június végéig Schnell János dr. pénztáros címére (IV., Veress Pálné utca 30.) küldendő be. Az Elmeorvosok Egyesületének tagjai külön részvételi díjat nem fizetnek.

Erjedésses dyspepsiák gyógyítására évtizedek óta alkalmazza az orvosi kar a Krompecher-gyár kiválóan bevált és a csecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen *Caphosein* elnevezésű dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítményét. A *Caphosein* mindazon követelményeknek megfelel, amelyet az orvostudomány a tejfehérjekészítményekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, colloidalisan jól oldódik, kellemes zsemlyeizű és a tej mindazon fehérjéit (caseint, lactalbumint és lactoglobulint) tartalmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építőanyagokat szolgáltatnak. Javallt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meggátolni.

ALBROMAN-CHINOIN

SEDATIVUM

10 és 20 tablettás phiolák

SEDYLETTA

tabletta 30 × 0'015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető:
OTI, MABI, MAV, Székesfőv. S.A, DOBBI

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI

Magyarországon 1939 június 4 -től június 10-ig bejelentett hévenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce-rebrosp. e.		Polio-myelitis ac. ant.		Anthrax		Morbili.	Varicella	Pertussis	Influenza complic.		Malaria	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	M	M
1. Abaúj-Torna	157.551	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	22	—	5	—	—	9	—	—
2. Bács-Bodrog	115.387	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
3. Baranya	251.803	4	—	—	—	1	1	1	—	7	—	—	—	—	—	—	—	10	—	17	—	11	—	—	—
4. Bars és Hont	145.389	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
5. Bereg és Ugocsa	162.173	4	1	—	—	2	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	44	6	12	—	117	—	—	—
6. Békés	339.708	1	—	—	1	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	22	—	3	—	6	—	—	—
7. Bihar	183.857	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	1	—	—	—	—	55	3	3	—	2	—	—	—
8. Borsod	298.610	3	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	2	—	9	—	—	—
9. Csanád-Arad-Torontá	174.715	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	92	—	6	—	—	—	—	—
10. Csongrád	147.834	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	39	1	—	—	2	—	—	—
11. Esztergom	101.932	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	9	6	—	—	—	—	—
12. Fejér	230.967	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	8	—	—	—	—	—
13. Gömör és Kishont	104.459	2	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—
14. Győr-Moson	157.476	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	82	1	2	1	1	—	—	—
15. Hajdú	183.748	—	—	—	—	1	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	12	1	8	—	1	—	—	—
16. Heves	324.836	2	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	1	1	—	—	5	—	7	—	1	—	—	—
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	1	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	13	1	1	—	4	—	—	—
18. Komárom	287.234	1	—	—	—	—	—	5	1	1	—	—	—	—	—	—	—	6	2	10	—	—	—	—	—
19. Nógrád	256.727	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	25	3	4	—	2	—	—	—
20. Nyitra és Pozsony	190.811	—	—	1	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	—	—
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	4	—	—	—	3	—	5	—	36	—	—	—	—	—	—	—	61	23	25	—	7	—	—	—
22. Somogy	391.883	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	—	—	13	3	2	1	33	—	—	—
23. Sopron	141.863	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	2	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—
24. Szabolcs	429.614	3	—	—	—	2	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	81	1	16	—	60	—	—	—
25. Szatmár	137.494	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	22	1	2	—	12	—	—	—
26. Tolna	264.410	—	—	—	—	11	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	2	10	—	—	—	—	—
27. Ung	73.269	1	—	—	—	—	—	1	1	4	—	1	—	—	—	—	—	3	1	1	—	42	—	—	—
28. Vas	271.102	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	29	—	33	—	5	—	—	—
29. Veszprém	249.509	1	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	1	—	—	—	—	35	—	1	—	—	—	—	—
30. Zala	370.132	3	—	1	—	1	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	73	2	3	—	35	—	—	—
31. Zemplén	198.948	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	28	5	2	—	119	—	—	—
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1.067.124	3	4	1	—	5	—	19	—	42	3	—	—	—	—	—	—	38	37	25	3	2	—	—	—
III. Debrecen	127.817	—	—	—	—	1	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	10	—	8	—	—	—	—	—
IV. Győr	51.115	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.076	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—	—	—	1	—	—	—
VI. Kassa	58.082	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	11	—	3	—	—	—	—	—
VII. Kecskemét	83.559	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
VIII. Miskolc	67.373	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
IX. Pécs	73.204	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	6	5	1	1	—	—	—
X. Sopron	35.974	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Szeged	140.671	1	—	—	—	3	—	5	—	4	—	—	—	—	—	—	—	34	2	2	—	2	—	—	—
XII. Székesfehérvár	42.253	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	10.110.543	49	6	4	1	35	1	74	4	165	3	5	6	5	1	6	—	898	118	284	6	477	3	—	—

CAPHOSEIN

Krompecher Budapest, V., Nádor-u. 15.

a tej fehérjéit (casein, lactalbumin, lactoglobulin) tartalmazó dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítmény.

a dyspepsiák kiváló gyógyszere

Rendelhető: az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegyei I. Ferenc József kórházban lemondás folytán megüresedett 2 *segédorvosi* és 1 *kisegítő orvosi* állásra pályázatot hirdetnek. A segédorvosok javadalmazása az 1926. évi 124.000 sz. N. M. M. körrendelet 3. §-a alapján az állami rendszerű XI. fizetési osztály 3. fokozata szerinti kezdő fizetés, (de ha a kinevezett segédorvos szolgálati ideje, beszámítva másutt hasonló minőségben eltöltött idejét is, eléri a három évet, előléphet a X. fizetési osztály fokozatába), a kisegítő orvos javadalmazása havi 80 pengő. Úgy a segéd-, mint a kisegítő orvosnál lakás a kórházban, fűtés, világítás ingyen, I. o. ételmezés az önköltségi ár 50%-a fejében, ami most 18 P. körül van havonta. Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok. Sebészi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek. Magángyakorlatot nem folytathat.

A pályázati kérvényükhöz csatolandó: születési anyakönyvi kivonat, hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítvány, az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, curriculum vitae és orvoskamara tagsági igazolvány.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvény 1939. július 3-ig méltóságos báró Urbán Gáspár főispán úrhoz címezve, a kórház igazgatójához adandó be. Kinevezés csak a pályázat kielégítő sikere esetén a segédorvosoknak 1, vagy 2 évre fog történni, de azután pályázat nélkül megújítható, a kisegítő orvosnál bármikor minden jogcím nélkül megszüntethető. Az állást kinevezés esetén azonnal el kell foglalni.

Szolnok, 1939. június 13.

Dr. Szabó Elemér s. k.
kórházigazgató, sebészfőorvos.

Bőségesen és könnyen köptetnek az *Expectin* cseppek. 1 üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratorium, Budapest, VI., Teréz krt. 27.

Felhívjuk az igen tisztelt Kolléga Urak figyelmét az *Asthmacurin* praeparatumokra (sec. dr. Glück). Tabletta kétféle erősségben készül; mite: nappali használatra; forte: éjszakai használatra. Enyhébb dyspnoeok esetében az *Asthmacurin* cigaretta mint expectorans hat. Hideg porlasztásra dyspnoeok ellen *Asthmacurin* inhalatiót ajánlunk. Imminens rohamok ellen *Asthmacurin* injectio (adrenalin-papaverin).

Tabl. INFLUEN „Cito“

Megbízható, gyorsan ható Analgeticum, Antipyreticum, Antirheumaticum, Antineuralgicum. Menstruációs görcsök ellen prompt hat. — scat. orig. 90 f
CITO gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. Telefon: 296—673.

**Szabadon
rendelhető**

MÁV., BBL., M. kir. posta BBL., M. kir. Postata karékpénztár BBL. Szföv. Közkórházak, Magyar Házjótársi BFL., Caritas, Keresked. segélyegylet stb. terhére.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

Pályázatot hirdetnek a celldömölki közokházban kinevezés folyán megüresedett *alorvosi* állásra.

Az állás javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés 1 szobából álló lakás és tisztai ételmezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok. A kinevezés két évre szól, mely további 2—2 évre pályázatot mellőzésével meghosszabbítható.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1939. július 15-ig dr. vitéz szentjánosi Szűcs István főispánhoz címezve, hozzám nyújtandók be. Később érkező kérvényeket nem vehetek figyelembe.

A kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. hatósági erkölcsi bizonyítvány; 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma másolatát; 5. életleirést; 6. működési bizonyítványt eddigi alkalmaztatásának helyeiről; 7. egyetemi leckeönyvet; 8. szigorlati bizonyítványokat és kórházi szolgálati könyvecskét; 9. közszolgálatra alkalmasságot, testi és szellemi épséget igazoló újkéletű tisztiorvosi bizonyítvány; 10. esetleges katonai szolgálatot igazoló okmányt.

Az állás betöltésekor szülész-nőgyógyász szakorvos, vagy hosszabb szülészeti gyakorlat igazolása előnyt biztosít. Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Celldömölk, 1939. június 17.

Jósa László dr.
egyetemi magántanár,
igazgató főorvos.

Erseki Szent Kereszt Közkórház, Kalocsa.

PÁLYÁZATI HIRDETMEY.

A kalocsai Erseki Szent Kereszt Közkórházban egy *kisegítő orvosi* és egy *alorvosi* állásra pályázatot hirdetnek. Az állások javadalmazása havi 80, illetve 120 pengő és teljes ellátás. Az alkalmaztatás 1, illetve 2 évre szól, mely a kórházbizottság határozata értelmében meghosszabbítható. A pályázati kérvények az Erseki Szent Kereszt Közkórház Bizottság elnökéhez címezve folyó hó 24-ig a kórház igazgatóságánál nyújtandók be. A kérvényhez melléklendők: születési bizonyítvány, orvosi oklevél-másolat, az eddigi működést tanúsító bizonyítványok, kórházi szolgálati könyvecske és leckeönyv. Kinevezés esetén a szolgálatot július 1-én kell megkezdeni.

Kalocsa, 1939. június 14.

Dr. Pelláthy István s. k.
igazgató-főorvos.

Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár Rt., Budapest, X., *Perhepar*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

LUTOCRESCIN-CHINOIN

i n j e c t i o és v é g b é l k u p

terhes savóból előállított gonadotrop hypophysis hormon

5x100 P. E., 1 és 5x300 P. E. ampullák

10x500 P. E. suppositorium

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Jubileumi évfolyam

Essentialis hypochrom anaemia.

Egyes anaemiaformák „essentialis” jelzője azt a körülményt óhajtja kidomborítani, hogy a szóbanforgó anaemiaféleség nem valamely más betegség következménye, hanem a vörös vérsjtképző rendszer elsődleges megbetegedésén alapul. A „kryptogenetikus” megjelölés viszont — amit az essentialis elnevezés mellett, sőt helyett szokás alkalmazni, — az essentialis anaemiák jó részének azt a tulajdonságát, hogy pathogenesisük, vagy még inkább aetiológiájuk ezidőszertig ismeretlen.

A *hyperchrom* vérszegénységi formák közt valószínűleg essentialis az *anaemia perniciosa*, míg kryptogenetikusnak csupán azok a perniciosaesetek nevezhetők, melyeknek oka ismeretlen, szemben az ismert eredetű (féreg, terhesség, gyomorsectio stb.) esetekkel. A *hypochrom* anaemiák nagy csoportjában még a legutóbbi időkig csupán a *secundaer-consecutiv* formákat ismerték (részl. ismertetést l. O. H. f. é. 12. sz.) a joggal essentialisnak nevezhető *chlorosist*, bár egyik legjellemzőbb tünete a *hypochromia*, a legtöbb tankönyv nem sorolja az anaemiák közé, hanem sui generis haematologiai betegségként tárgyalja. Csupán az utóbbi két évtized vezetett annak felismeréséhez, hogy a típusos *hypochrom* anaemiák között olyan esetek is előfordulnak, melyek a vérképzés elsődleges zavarán alapulnak, tehát mindenképpen jogosultak az essentialis jelzőre. Hogy ez a megismerés időszertű volt, már az is bizonyítja, hogy rövid időközben különböző — főleg amerikai és német — szerzők egymástól függetlenül leírták; ez a körülmény eredményezte, hogy a szóbanforgó anaemiaforma közül husz különböző elnevezésen szerepel a haematologiai irodalomban. Nálunk a *Schulten* által javasolt *essentialis hypochrom anaemia*, továbbá *Kaznelson achylia chloranaemia* elnevezése a leginkább használatosak; az előbbi elnevezés a betegségnek a többi anaemiaféleségek közötti helyzetét, az utóbbi a betegség legjellegzetesebbnek vélt tüneteit igyekszik rögzíteni.

A betegség kórisméjéhez elsősorban a vérkép és a gyomor vizsgálata vezet, de mivel az itt található elváltozások egyáltalán nem jellegzetesek, szükségünk van differentialdiagnostikai megfontolásokra, sőt a kórisméhez nem egyszer a therapiás eredmény megfigyelése útján juthatunk. A *vérkép* többé-kevésbé a *hypochrom* anaemiák sablonos képét mutatja: a vörös vérsjtek és a haemoglobin megfogyását, amely fogyás a haemoglobinnál lényegesen jelentősebb, úgy, hogy a színindex jellemzően mindig az egység alatt, néha — a *chlorosis*-hoz hasonlóan — igen lényegesen alatta van. A vörös vérsjtek megfogyása különböző mértékű, de rendszerint nem túlságosan nagyfokú; olyan nagyfokú *erythropeniát*, amilyennel a *Biermer-kór* súlyosabb eseteiben találkozunk, az essentialis *hypochrom* anaemiában úgyszólván soha sem látunk. A *hypochromián* kívül *aniso-* és *poikilocytosissal* találkozunk, magvas elemekkel azonban igen ritkán. A vörös vérsjtek átlagos nagysága csökkent. Gyakori, de nem állandó lelet a *leukopenia* relativ *lymphocytaszaporodással*; néha a *granulocyták* magvainak tulsegmentálódásával találkozunk, mely jelenség az anaemia perniciosán kívül csak itt fordul elő (*Naegeli*). Differentialdiagnostikai szempontból fontos,

hogy a serum bilirubintartalma — szemben a *Biermer-kórral* — mindig normalis; így a beteg egyébként sápadt bőrszíne is nélkülözi azt a sárgás coloritot, amely perniciosára jellegzetes. A lép ritkán mutat megnagyobbodást. A *gyomornedv* az esetek $\frac{4}{5}$ részében anacid, gyakran *histaminrefractaer achylia*s, a többi esetben is rendszerint csökkent a gyomor sósav-elválasztása.

A kórkép egyik sajátossága, mely azért is figyelmet érdemel, mivel egyéb *hypochrom* anaemiában nem fordul elő: a tápcsatorna legfelső szakaszának elváltozása. Kisebb kiterjedésű, vissza-visszatérő glossitises jelenségek mellett a szájjugban fájdalmas rhagadok jelentkeznek; a nyelv nyálkahártyáján fokozatosan atrophia fejlődik ki és ez a fájdalmas sorvadás a garat és nyelőcső nyálkahártyájára is ráterjedhet és néha igen kínos nyelési nehézséget okoz. Az atrophia megfelelő kezelésre gyógyulhat, de előrehaladt esetekben a nyálkahártyasorvadás irreversibilissé válhat. A dysphagia nem annyira a kórbonctani elváltozás következménye — nagyfokú nyelőcsőszűkülettel alig találkozunk — hanem következményes spasmusok váltják ki. Sajátságos, hogy ezeket a tüneteket főként az angolszász államokban észlelik, míg nálunk ritkák. Az angolnyelvű irodalomban ezt a nyálkahártyasorvadással, dysphagiával és anaemiával járó kórképet *Plummer-Vinson-féle syndromának* nevezik, jóllehet német szerzők szerint ez a tünetcsoport csupán az essentialis *hypochrom* anaemiának egy sajátos megnyilvánulási formája. Kézenfekvőnek látszik, hogy az *achylia* alapjául szolgáló *gyomornyálkahártyasorvadás* terjed felfelé és hozza létre a kórképet; emellett szól az is, hogy *gyomorműtétek* után néha hasonló jelenségekkel találkozunk.

A betegség folyamán típusos *körömelváltozás* mutatkozhat: ennek a *koilonychia* névvel megjelölt elváltozásnak jellemzője egyrészt a köröm homoruvá válása (kanálkormök, spoon nails) másrészt, hogy a köröm megpuhulnak, fénytelennek és törékennyé válnak. Ezek az elváltozások olyan jellemzők, hogy egyéb manifest tünetek hiján is a betegség gyanúját keltik, hasonlóan a glossitishez járuló nyelési nehézséghez.

Az anaemia perniciosában ismert *idegrendszeri tünetek* (*funicularis myelosis* l. O. H. 1938. 29. sz.) az essentialis *hypochrom* anaemiában ritkán észlelhetők. Enyhébb paraesthesiák ugyan sokszor előfordulnak, de súlyosabb idegrendszeri elváltozások kivételesek.

A *subjectiv panaszok* az anaemiákban megszokottakon kívül — melyek a haemoglobinfogyással arányosak — teltségi érzés, gyomortáji nyomó fájdalmak, elég jó tápláltsági állapot mellett néha csökkent étvágy, elvértve hasmenés. Ritkább a glossitis és garatfájdalom, még ritkább a dysphagia. Körömmegbetegedéssel, paraesthesiákkal gyakrabban találkozunk.

Az *elkülönítő kórisme* szempontjából elsősorban a *secundaer consecutiv* anaemiáktól való megkülönböztetés kerül szóba; soha se tévesszük szem elől, hogy a *hypochrom* anaemiák tulnyomórésze következményes minden esetben szorgosan kutassunk valamely rejtett chronikus szervi elváltozás (elsősorban tuberculosis, daganat, chronikus sepsis) vagy ismétlődő, esetleg jelentéktelennek látszó apró vérzések (*haemorrhoida*!) után. A másik megbetegedés, amely összetévesztésre adhat alkalmat: a *chlorosis*. Ha figyelembe vesszük,

hogy a chlorosis kizárólag nők, és pedig fiatal nők betegsége, ritkán jár a vörös vérsejtek nagyobb fokú megfogyásával, a gyomor sósavválasztása pedig nem csökkent, úgy az összetévesztést elkerülhetjük annál is inkább, mert a chlorosis ezidőszereint az igen ritka megbetegedések közé tartozik. Az u. n. késői chlorosis esetei — mint ezt főleg angol szerzők hangsúlyozzák — túlnyomóan az essentialis hypochrom anaemiához tartoznak.

A betegségnek az anaemia perniciosától elkülönítése is nehézséget okozhat, főleg, ha a két betegség közös tünetei — általános anaemiás jelenségek, achylia, glossitis, paraesthesiák — állanak előtérben. Valószínűleg ennek a különmenynek rovására kell írni bizonyos „hypochrom perniciosás” kísérleteket, sőt hihetőleg a májrefractaer perniciosae esetek túlnyomó részét is. A vérkép hozzáértő vizsgálata azonban megóv a tévedéstől, de már a normális serumbilirubintűköt is figyelmeztethet egyebek között a tényállásra; sokszor a májgyomorkezelésre kimaradó és vasadagolásra gyorsan jelentkező javulás irányítja figyelmünket a diagnostikai tévedésre. Végső esetben a Castle-féle kísérlet megismétlése döntheti el kétségeinket.

Alig vitatható azonban, hogy a perniciosás és a hypochrom anaemiák között van valamilyen, eddig nem tisztázott összefüggés, legalább is ami a kiváltó okot, vagy kiváltó okok egyrészt illeti. Bár egyelőre csak elméleti szempontból jelentős, mégis érdemesnek tartjuk felemlíteni, hogy ugyanazon külső ok az egyik esetben perniciosás, a másik esetben hypochrom anaemiát létesíthet; így gyomorresectiók után jelentkező anaemiák nagyobb része a hypochrom essentialis képnél felel meg, de egyes esetekben tipusos anaemia perniciosae fejlődik ki; éppen így a terhességi anaemiák túlnyomó többsége hypochrom, töredékrésze perniciosás. Egyes esetekben, amint magam is észleltem, a jellegzetes hypochrom essentialis anaemia Biermer-kórba megy át. Feltehető, hogy itt eddigelé kellően nem tisztázott constitútiós és conditiós tényezők szerepelnek, amely tényezők jelentősége általában az anaemiák létrejöttében nem hanyagolható el.

A betegség *genesis*e tekintetében a legtöbbször a középpontba a gyomor elválasztási zavarait állítják. A sósav és fermenthiány következménye a táplálék vastartalmának elégtelen felszívódása, ez pedig a haemoglobin felépítéséhez nélkülözhetetlen vas hiányához vezet. Az ilyen módon létrejövő anaemia kifejlődését talán egyéb tényezők is előmozdítják — mivel a betegség túlnyomóan nőknél fordul elő, és a pubertas és climax közé esik, előidézésében talán a menstruációs vérvesztések, nemkülönben az ovarium belső elválasztásos működése is szerepelnek. Férfiakon a betegséget ritkábban, gyermekeken és aggonokon még ritkábban észleljük. Számos jelenség, melynek említését itt mellőzzük, valószínűsíti, hogy az essentialis hypochrom anaemia létrejöttében constitútiós familiáris, esetleg conditiós tényezőknek is szerep jut. Megjegyezzük, hogy a genesisnek fentebb említett, vashiányon alapuló felvétele csupán feltevés, mely tökéletes bizonyossággal igazolva nincsen. Tény, hogy a gyógykezelésnek később említendő eredményei a feltevést megerősítik. Viszont egyéb ellenvetések mellett nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy nem minden achylia jár anaemiával, sőt az achylia-val társuló anaemák sem felelnek meg mindig a tárgyalt kórképnek, továbbá hogy az essentialis hypochrom anaemia eseteinek mintegy 20%-ában a gyomorban sósavválasztás található. Éppen ezekre való tekintettel egyes szerzők által ajánlott „gastrogen vashiány-anaemia” és ehhez hasonló értelmű elnevezések elfogadását korainak tartjuk.

A betegség *kezelése* a haematológiai *therapia* hálás fejezete. Ugyazólván kizárólagosnak mondható gyógy-

szer a *vas*. Nem közömbös azonban e gyógyszer adagolásának *módja* és *mértéke* sem. A régi töredékadagok helyett ma a fémsav grammos adagjait adjuk és ezekkel a dosisokkal lényegesen jobb és gyorsabb eredményt érhetünk el. Vannak, akik a *ferrum reductum* adagolásában napi 10 grammig is elmennek — véleményünk szerint feleslegesen — anélkül, hogy ezek a nagy adagok különösebb panaszokat okoznának. A gyógyszert félgrammos amylumcapsulákban (esetleg porban, ostyában) szokás adni, napi 3 capsulától, szükség esetén akár napi 8—10 darabig emelkedve, többnyire étkezés után, bár egyes tapasztalatok szerint az étkezés előtt vett gyógyszer kevésbé okoz gyomor-bélpanaszokat. Napi 4—5 grammnál nagyobb adagok ritkán válnak szükségessé. A kezelést több héten át megszakítás nélkül folytatjuk. A visszaesés elkerülése végett szükséges a vasat — kis adagokban — a remissio elérése után is tovább adagolni, hasonlóan a perniciosában szokásos májkezeléshez. A vér ellenőrzése természetesen a helyes kezelés elengedhetetlen feltétele.

Starkenstein vizsgálatai óta tudjuk, hogy a „biologailag activ” *ferro*-vegyületeknek a vérképzésre gyakorolt hatása sokszorosán felülmúlja a *ferri*-vegyületekéit. Mivel pedig a reduált vas a gyomorból ferrochlorid formájában szívódik fel, újabban előszeretettel alkalmazzuk a kétvegyértékű vassókat, köztük is elsősorban a ferrochloridot stabilizált alakban tartalmazó készítményeket (*Ferroconstans*, *Ferrostabil*). Ezek hatásos adagja a reduált vas adagjának alig tizedrésze, sokkal ritkábban okoznak gyomorpanaszokat, sőt az étvágy fokozására alkalmasak. Legújabbban az ascorbinsavas vas jó hatását emelik ki; mivel pedig ez cseppformában sőt intravenás injectio céljaira is készül, dysphagia esetén is használható. Nyelési nehézségek esetén egyébként a ferrochloridot is alkalmazhatjuk, oldatban (*Boros*). Az organikus vaskészítmények, tincturák, haemoglobinkészítmények stb. nélkülözhetők.

A vas felszívódását előmozdítja a gyomorsósav jelenléte; achylia esetén tehát sósavat is adunk, annál inkább, mert így a sósavhiány okozta gyomorpanaszokat is enyhítjük. Megjegyzendő azonban, hogy a fémsav achylia gyomorból is felszívódik, bár lényegesen kisebb mértékben. Ezek a betegek a vaskezelésre lassabban reagálnak, mint a nem achyliaak; a tapasztalat szerint ilyeneknek ajánlatosabb a vasat gyakori kisebb, mint ritkább és nagyobb adagokban nyújtani.

Megfelelő vaskezelésre a subjectiv és objectiv tünetek gyors javulásnak indulnak. Különösen szembetűnő ez az emésztőcsatorna felső szakaszának említett anomáliái, nemkülönben a körmök tekintetében. A vér, az anaemia perniciosae májkezelése során tapasztaltakhoz hasonlóan, reticulocyta-krisissel jelzi a javulás megindulását; a vörös vérsejtek s a haemoglobintelítettség szaporodik, a színindex nő. A paraesthesiák enyhülnek. Az achylia többnyire változatlan marad, bár néha a gyomor sósavsecretiója újból jelentkezik.

Az essentialis hypochrom anaemia egyéb kezelési módjai között megemlíthetjük, hogy a *vértömlesztés* csak nagy ritkán, igen elhanyagolt, extrem anaemiás esetekben kerülhet szóba, mint a kezelés bevezetése. *Máj* és *gyomor* adagolására a betegség nem javul; így vélekedik a klinikusok többsége, bár egyesek a májnak a vaskezelést adjuváló hatást tulajdonítanak. Saját tapasztalataink arra mutatnak, hogy a májra javuló essentialis hypochrom anaemia esetében a kórisme sürgős felülvizsgálása ajánlatos.

Legújabbban a vas mellett a *réz* vérképző szerepét emelik ki. Mivel a réz nem szerepel a haemoglobinn-

molekulában, katalitikus hatását veszik fel. Saját tapasztalataink szerint a rézzel kombinált vas gyógyhatása nem múlja felül a réznélküli vasét. Lényegében ugyanezt mondhatjuk az arsenről is.

Detre László dr.
OTBA főorvos.

A vitamintartalmú Zenon-kenőcs.

Amióta a vitaminkutatás a homályos sejtek helyére tényeket állított és a sorozatos állatkísérletek, illetve a betegágnál szerzett tapasztalatok a vitaminok fontosságát a szervezet háztartásában beigazolták, a sebkezelésben is egyre nagyobb jelentőséget nyert a vitamintartalmú kenőcsök alkalmazása.

Az a megismerés, hogy az A-hypovitaminosis súlyos epithel-elváltozásokat okoz s ezáltal a szervezet nyitva áll a kórokozó bakteriumok számára, továbbá, hogy A-vitaminra nemcsak a hypovitaminosisis tünetek, hanem a hámlésváltozások miatt helyileg fellépő gyulladásos jelenségek is gyógyulnak, — vezetett első sorban az A-vitamin alkalmazására.

Az állatkísérletek eredménye kétségtelenül igazolta, hogy A-vitaminnal, főleg csukamájolaj alakjában, gyorsabb sebgyógyulás érhető el, míg a többi vitaminok lényegesebb serkentő hatást nem fejtenek ki, sőt a sebgyógyulást sok esetben akadályozták is. A csukamájolaj ezen hatását Löhr és a szerzők jelentékeny része nem kizárólag a vitamintartalommal hozzák összefüggésbe, hanem alkatrészeinek synergismusát tételezik fel, melyek közül az A-vitamin és a csukamájolajban lévő telítetlen zsírsavak játszanak a legfontosabb szerepet.

Löhr 1930-ban kezdte el rendszeresen alkalmazni a csukamájolajat, részben tisztán, részben, hogy a hatás tartósságát biztosítsa, közömbös amerikai-vaselinnel keverve. Kezdetben főleg idült csontvelőgyulladásra és egyéb nehezen gyógyuló sebekre, később alkalmazását mind szélesebb területre terjesztette ki. Rendszeres vizsgálatainak eredményeként arról számol be, hogy sérülések és genyedő folyamatok esetén az elhalt részek beolvadása és kilökődése, a szövetek regenerálódása csukamájolaj hatása alatt lényegesen gyorsabban következik be, mint az eddig általánosan használt sebkezelésekben.

Genyedő folyamatok, baleseti sérülések esetén, mikor a seb fertőzöttségére számíthatunk és ép ezért az elsőleges egyesítés nem lehetséges — a csukamájolaj élénk regenerációt megindító hatása mellett fontos valamely baktericid anyag alkalmazása is, mely a kórokozók fejlődésének gátlásával, illetve elölésével a szervezetet helyileg támogatja a fertőzés leküzdésében. Ezen elgondolásnak megfelelően a csukamájolajat különböző kémiai szerekekkel (chlorvíz, kaliumpermanganat, ezüst) együttesen alkalmazták a sebkezelésben. Az eredmények sok esetben nem voltak teljesen kielégítőek. Unger a chlorral kezelt csukamájolajat teljesen hatástalannak tartja, mivel ezen kenőcsök vitamintartalma igen nagy mértékben csökkent, sokszor A-vitamin egyáltalán nem volt kimutatható. Hintz az ezüst és csukamájolaj kombinációjáról beszámolva, megállapítja, hogy a kenőcs baktericid és sarjadzást elősegítő hatása igen jól érvényesül.

Ezen hatásmechanizmusnak látszott megfelelni a Dr. Wander-gyár által előállított Zenon-kenőcs, amelyet a Fehér Kereszt-kórház sebészeti osztályán félév óta kiterjedten használunk. A kenőcs közömbös alapanyagban csukamájolaj mellett bisteril port és balsamum peruvianum-ot tartalmaz. A bisteril por hatóanyaga a pyralgin, melynek baktericid és desinficiens

hatását Gózonny vizsgálta s az a carbollal összehasonlítva lényegesen erősebb desinficiensnek bizonyult. Ezenkívül még *exaten* nevű hatóanyagot (aminoformhydrochlorid) is tartalmaz, melyből a lassan lehasadó formaldehyd enyhe desinficiens és adstringens hatást fejt ki. A perubalsam kiváló hatása általánosan ismeretes s főleg szagtalanító hatása elsőrangú, azonkívül fájdalomcsillapító hatása is van. Úgy látszik, ezen anyagok a csukamájolaj zsírsavas bomlását is gátolják, szagtalanítják és csirtalanítják a sebváladékot anélkül, hogy bármilyen izgató hatást gyakorolnának a szövetekre és a környező bőrre. Ez már az első kezelési kísérletekben szembevetően meggyorsította a bűzös, fertőzött sebek feltisztulását.

Zenon sebkenőcsöt alkalmaztunk felületes és mély sérülésekre, amelyeket a fertőzöttség vagy egyéb ok miatt nem egyesíthettünk elsőlegesen, égési sérülésekre, nehezen gyógyuló idült fekélyekre, kiterjedten használtuk gyulladásos folyamatokban (abscessus, phlegmone, osteomyelitis, empyema) a sebészeti ellátás után.

Sérülések, égések fölött a seb ellátása után azonnal az egész területet zenonnal borítottuk be, genyedő folyamatok esetén a tamponeltávolítás után a sebüreget töltöttük ki kenőccsel és gondoskodtunk arról, hogy a sérült testrésznek a legnagyobb nyugalmat biztosítsuk (ágynyugalom, Cramer-sinek, gipszkötés). A kötést általában három-négy naponként cseréltünk, a hámosodás előrehaladtával még nagyobb szüneteket iktattunk közbe, mivel a gyakori kötésváltás a hámszigetek sérülését okozhatja. Kezelésben részesült betegeinknek kb. 70 százaléka gyermek volt.

Az elért eredményekről néhány jellemző esetet az alábbiakban ismertetünk:

1. P. M. 42 é. férfi jobb lába nagy ujjának talpi felszínén az egész ujra kiterjedő roncsolt seb látható, a II. phalanx csaknem szabadon áll, az interphalangealis ízület is megnyílt. Eltávolítottuk a II. phalanxot, valamint az I. phalanx porcos izfelszínét, az elhalt bűzös szövetrészeket, majd az egész sebet zenonnal töltjük ki s a végtagot Cramer-sinbe helyezzük. Két nap múlva láztalan, a genyedés megszűnik. A kötést négy naponként cserélve, a seb élénken sarjadzik, szélén hámosodik s a beteg 24 nap múlva gyógyultan távozik.

2. B. P. 22 hó. Panaritium osseale et articulare dig. I. man. I. d. A hüvelykujj másfél szeresére megvastagodott, vége pecsétnyomószerűen lelapult és kiszélesedett, középből a genyedő phalanx csontja látszik. Műtét mint az előző esetben, majd zenon kenőcs alkalmazása. Két naponként hypermangános fürdő, seb kitöltése kenőccsel. Beteg három heti kezelés után jól használható hüvelykcsonttal, felületes hámszínnal távozott.

3. M. E. 2 éves. Forróvízzel telt edényt rántott magára. Mindkét alkar és kéz dorsalis oldala, valamint a balcomb feszítő oldala I.—II.-fokú égési sérülést szenvedett. Sebet négy naponként Zenonnal kötözzük. — Sérülései teljesen gyógyultak.

4. D. L. 7 hó. Abscessus reg. glut. I. d. Aethylchlorid bódulatban incisio, amikor a jobb glutealis izomzat alatt gyermekököllyi tályogüregre jutunk. Drainage, tampon. Két nap múlva láztalan, négy nap múlva a tampont elhagyjuk és az üreget Zenon-kenőccsel töltjük ki. Beteg két hét alatt gyógyult.

5. Sz. E. 4 éves. Lymphadenitis colli abscondens. Erysipelas phlegmonosum pedis I. d. A tályogok megnyitása után Zenon kenőcsöt teszünk az üregbe, melynek hatására a sebürege gyorsan telődik. Majd a jobb lábfejen erysipelas keletkezett és ezen a területen a bőr és a bőr alatti kötőszövet teljesen elhalt és lelökődött. Az egész területet újjnyi vastagon Zenonnal kötjük be s a végtagot Cramer-sinen rögzítjük. (A beteg nyolcheti kezelés után felületes hámszínnal távozott.) A nagy területen elhalt bőr és kötőszövet napok alatt feltisztult s a beteg rendkívül gyorsan meggyógyult.

6. K. I. 63 éves. Insuff. bicuspidalis ulcus cruris I. d. A kb. kétpengős nagyságú fekély a tibia alsó harmadában, közvetlenül a csont felett helyezkedett el és kétheti Ze-

nonos kezelés után — ágynyugalom mellett — kis hámbi-
ány kivételével teljesen gyógyult.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a Zenon se-
kenőcs baktericid és sarjadzást megindító hatása min-
den esetünkben igen kifejezetten érvényesült. Előnyére
írható a Löhr pasztával szemben szagtalan volta, mivel
a csukamájolaj szagát sok beteg nehezen bírja. Halmaz-
állapota miatt könnyebben alkalmazható mert a Löhr-
féle kenőcs szétfolyik s a váladékkal keveredve a bő-
rön izgalmat okozhat. Különösen jóhatású volt táplál-
kozási zavarokban szenvedő csecsemőkön, kiknek reny-
hén sarjadzó sebeit úgyszólván első alkalmazásra gyó-
gyulásra hajlamosakká tette. Túlsarjadzást nem okoz.
Sebüregekben alkalmazva szagtalanít és napokig sem
okoz kellemetlenséget. Káros hatást nem fejt ki, ecce-
mát bőrgyulladást egy esetben sem okozott.

Ezen jó eredmények alapján mint értékes sebke-
zelő szert ajánlhatjuk.

Szentpétery Zoltán dr.

a Fehérkereszt kórház segédorvosa.

A nervus recurrens bénulása és gyógykezelése.

A n. laryngeus inf. (n. recurrens) a gége mozgató
ideje. A vagusból ered, amellyel a nyakon együtt fut le-
felé és csak az apertura thoracis magasságában, a
mediastinumban válik külön tőle. A jobboldalon az art.
subclaviát, a baloldalon az aortaívet megkerülve a lég-
cső és nyelőcső között ismét felfelé halad (innen a
recurrens elnevezés) és a gége hátsó falán behatolva,
annak belső izmai között oszlik székjei.

A recurrens bénulás egyike a leggyakoribb peri-
feriás idegbénulásnak, ami abban leli magyarázatát,
hogy hosszú lefutásában sokféle ártalomnak van kitéve,
amelyekkel szemben igen érzékeny. A recurrens bénu-
lásnak okai között első helyen a *nyomási ártalmak*
szerepelnek, amelyek között a leggyakoribb a megna-
gyobbodott pajzsmirigynek (struma) az idegre kifejtett
nyomása. Nyomást gyakorolhat a recurrensre az aorta
aneurysma, amikor a baloldalon lép fel bénulás. A sub-
clavia és anonyma tágulatai ritkák, ezért az általuk
okozott nyomási bénulások kivételesen fordulnak elő.
Ellenben a nyelőcső rákja elég gyakran okoz recurrens
bénulást. A mediastinalis tumorok, lymphomák, vala-
mint vaskos pleuralis hegek és olykor az erősen tágult
szív az ideget nyomhatják és bénulást okozhatnak. A bé-
nulás okai között továbbá az ideg *sérülései* szerepelnek,
különösen az operatív beavatkozások, főleg strum-
ektomiák. A heveny fertőző betegségek, — influenza,
diphtheria, typhus, sepsis — továbbá idült mérgezések
alkohol, nikotin, fémek) hatására az ideg *toxicus*
*neuritis*e következtében jön létre a recurrens bénulás.
Végül a *lues* is okozhat recurrens bénulást.

A nervus recurrens bénulása a legtöbb esetben az
u. n. Rosenbach-Semon f. törvény értelmében folyik le.
Ez alatt azt értjük, hogy mivel a hangrés-tágító izmot
(cricothyroideus posticus) beidegző rostok érzéke-
nyebbek, mint a hangrés szűkítő izmok idegrostjai, ezért
elsősorban a hangrés-tágító musculus posticus bénul
meg. A hangrés-szűkítő izmok (adductorok) bénulása
az ideget érő ártalom hosszabb fennállása után, később
fejlődik ki. Természetesen az idegvezetés teljes megsza-
kítására (vágás, szúrás) a megfelelő hangszalag azonnali,
teljes bénulása következik be.

A tünetek különbözők, asszerint, hogy a bénulás
féloldali, vagy mindkét oldali, továbbá, hogy a bé-
nulás csak a m. posticusra, vagy a hangszalag összes
izmaira terjed ki.

Féloldali posticus bénulás esetében a hangszalag
összes izmai bénulva lévén a hangszalag intermediaer
helyzetet vesz fel; phonatiókor az ép hangszalag a kö-
zép-vonalat túllépve a bénult hangszalaggal érintkezésbe
jut ugyan, de ilyenkor a hang már eléggé rekedt; ké-
sőbb a bénult hangszalag izomzata teljesen elernyed,
rajta — az internus bénulásra jellemző — excavatio
keletkezik és a hang nagyon rekedtté válik. A bénult
hangszalag végül atrophisálva ú. n. hullaállást vesz
fel. — Ebben a stadiumban phonatio alkalmával a
bénult oldali aryporc ernyedten lefelé hajlik, az ellen-
oldali pedig compensatorikusan túllép a közép-vonalon,
amiáltal a bénult elé és fölé kerül úgy, hogy az ary-
porcok kereszteződése áll elő.

Kétoldali posticus bénulás esetében a hangszála-
gok a közép-vonalban fixáltak, a közöttük lévő rés igen
szűk (1—2 mm). E körkép a gége fixációs stenosisai
közé tartozik. Ha a bénulás hirtelenül keletkezik, a be-
teget a fulladás veszélye fenyegeti. Lassú kifejlődés
esetén a szervezet hozzászokik a szűk glottison át tör-
ténő légvételhez, de ilyenkor inspiratorikus stridor hall-
ható. Ha a hangszalagok közötti rés akkora, hogy azok
még rezgési kitéréseket végezhetnek, a hang normális
lehet.

Amikor mind a kétoldali recurrens bénulva van, a
hangszalagok cadaver állásban vannak, a glottis igen
tág, a beteg teljesen aphoniás. A táguló és elzáródásra
képtelen glottis következtében a nyelés mechanizmusa
meg van zavarva s a táplálék, nyál, stb. aspirációja áll
elő, továbbá a tökéletlen kiköphögés súlyos tüdőcomplicatiókat
okoz, amelyek miatt a beteg elpusztul.

A recurrens bénulás *gyógyításának* elsősorban az
alapbaj ellen kell irányulnia, de erre csak ritkán van meg
a lehetőség, főleg strumák és lues esetében keresztül-
vihető. A kétoldali posticus bénulás a fulladás veszé-
lye miatt gyakran tracheotomiát tesz szükségessé. A
gége lumenének operatív tágítására az Ivanoff f.
aryektomia és a Killian f. chordektomia szolgál, vala-
mint a Lénárt prof. által bevezetett eljárás, mely a
hangszalagnak és a hozzátartozó aryporcoknak együttes
kiirtásában áll. Ezen legbeváltabb műtétek mellett még
Réthi és Wittmaack műtéti megoldása érdemel emlí-
tést. A phonetikai kezelés legújabbban a Fröschels által
ajánlott ú. n. „Stössungok” végzéséből áll: a beteg-
gel erőteljes be-, majd lökészerű kilégzést végeztetünk,
amivel a glottis tágulását érjük el. Egyoldali recurrens
bénulásban a hangot az endolaryngealis paraffin in-
jectiókkal lehet megjavítani. A műtét úgy történik,
hogy a bénult hangszalag laterális részébe submuco-
susan paraffint fecskendezünk be, ami által a hang-
szalag — anélkül, hogy szabad széle deformálódna — a
közép-vonal felé tolódik és a hangadáshoz szükséges
hozzáfekvése az ép hangszalagnak fokozódik.

Ajkay Zoltán dr.
egyetemi tanársegéd.

„Maltiron” néven a Krompecher gyár egy új, az íróknak
megfelelő fehérjedús és zsírszegény, szénhidrátokkal kiegé-
szített, hasmenést gátló gyógytápszert hozott forgalomba.
Nagy előnye a Maltironnak állandó összetétele, megbízható
csíraszegénysége és tápanyagainak jó kihasználhatósága. A
Maltiron-gyógytáplálék könnyű elkészítési módja lehetővé
teszi intézetén kívüli praxisban író helyett alkalmazá-
sát, hasmenéssel járó bélmegbetegedések eseteiben. A gyár
előírása szerint a Maltironból készített gyógytáplálék kalo-
ria értéke az anyatejével egyező, azaz deciliterenként kb.
70 kaloria. Alkalmazása azon elveknek és feltételeknek
megfelelően történik, mint egyéb hasmenést csökkentő
gyógytáplálékoké.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Jubileumi évfolyam

A gyakorló orvos szülészeti működése.

Amióta az anya- és csecsemővédelem szülés előtti részére: a terhes-gondozásra (prænatal care) hazánkban is nagyobb súlyt helyezünk, mint eddig s a terhes-gondozás intézményes megvalósítása felé az első lépések az általános egészségvédelmi szolgálat keretében a falvakban is megtörténtek, azóta megállapíthatóan csökken az intézetek anyagában azoknak az elhanyagolt szülési eseteknek a száma, melyek nem is olyan régen — különösen a vidéki szülőintézetekben — olyan nagy számban szerepeltek.

A terhes-gondozás intézményes megoldására irányuló kezdeti lépések mellett az új szülészeti rendtartás számonvételi munkájának és az országszerte rendszeresen tartott baba-ismétlőtanfolyamoknak is igen nagy szerepet tulajdoníthatunk abban a tekintetben, hogy az utolsó 10 év alatt a vidék szülészeti eredményeiben — úgy az anya, mint a magzati mortalitás és morbiditás tekintetében — határozott javulás mutatható ki. A vezetésem alatt álló szülészeti kerület és kórházi osztály 10 éves eklampsiás anyagának a közelmúltban történt feldolgozása kapcsán megállapítható volt, hogy amióta a baba-ismétlőtanfolyamokat tartjuk 4 vármegyében bábái részére, azóta felére csökkent úgy az intézetbe beszállított, mint az intézeten kívül ellátott eklampsiás szülések száma. A baba-ismétlőtanfolyamok keretében ugyanis a főszűrt a megelőzés kérdésének intenzív oktatására helyezzük, vagyis arra, hogy mi a baba teendője a terhes-védelem kapcsolatában. Alig van ugyanis szülési szövődmény, amely a terhesség alatt több vagy kevesebb tünet megjelenésével előre ne vetné árnyékát. A fentebb említett rángógörcsön kívül a lues, a fekvési és tartási rendellenességek, a kemény- és lágy szülőutak rendellenességei, többes terhesség, stb., részben a placenta prævia is olyan rendellenesség, amelyek nagyon hálás anyagot szolgáltatnak a terhes-gondozás számára.

A védőintézetek, védőnők, orvosok és bábák eredményes megelőző tevékenysége ellenére mindig lesznek szövődményes szülések, amelyekkel a vidéken működő orvosnak meg kell küzdeni — átmenetileg vagy véglegesen. A helyzet ugyanis az, hogy vidéken a szüléseknek több mint 90%-a magánházakban zajlik le, ami azt jelenti, hogy a gyakorló orvosnak mindig felkészülten kell állani szülési esetek ellátására. Még a legideálisabb terhes-védelem, vagyis az összes terhes nők megrostálása mellett — abban a tekintetben, hogy melyik szülőintézetben és melyik maradhat otthon, továbbá a mentőszolgálat tökéletes kiépítése mellett is — előadódhatnak olyan szövődmények a szülőágy mellett, amelyek előre nem láthatók és amikor a szüléshez hívott orvosnak azonnal tennie kell valamit.

Az elmúlt 10 év alatt azt a tapasztalatot szereztem, hogy a vidéken működő gyakorló orvosok tekintélyes része bizonyos káros passivitás álláspontjára helyezkedik olyan szülési szövődmények esetén is, ahol azonnal kellene tennie valamit az anya vagy a magzat érdekében és nem az a helyes megoldás, hogy a szülőintézetbe küldje. Ez a megfigyelésem késztetett arra, hogy az alábbiakban összefoglaljam azokat a legfontosabb szövődményeket, amelyek megoldását a gyakorló orvosnak vállalnia kell.

A leggyakoribb terhességi illetve szülési rendellenesség, amihez a gyakorló orvost hívják: a vérzés.

A terhesség első felében támadó vérzés oka legtöbbször a vetélés. A gyakorló orvosnak csak abban a ritka esetben kell beavatkozni, ha a vérzés életveszélyes. Ilyenkor a méh kitakarítását el kell végeznie az orvosnak, ha lehet ujjal, ha nem — műszerrel. Az ujjal befejezés egyszerűbb és bizonyos tekintetben veszélytelenebb, azonban a feltételek nincsenek mindig adva. A műszeres befejezéshez kellő gyakorlat, feltárás és jó világítás szükséges, ami legtöbbször nehézségekbe ütközik. Éppen ezért, ha nincs közvetlen életveszély a vérzés miatt, legcélszerűbb, ha a gyakorló orvos a vetélést gyógyszeresen kezeli, esetleg tamponál is. Ez az eljárás azért is megfelelőbb, mert a vetélések nagyrésze criminalis lévén, a fertőzés továbbvitelének veszélye fennáll.

A terhesség második felében és a szülés alatt felépő vérzések szempontjából a placenta prævia bir nagy jelentőséggel a gyakorló orvos szempontjából is.

Elvként kell hangsúlyozni, hogy minden placenta prævia intézetbe való, mégpedig azért, mert a vérzés nagysága kiszámíthatatlan s ha esetleg sikerül is szerencsésebb esetben (plac. prævia lateralis, marginalis, többször szülőnők) a burok megrepesztésével, vagy a Braxton-Hicks-féle lábrafordítással a vérzést megszüntetni — a szülés harmadik időszakában, illetve a lepény leválása után még mindig számolnunk kell azaz, hogy a lepény tapadásának helyéről — ami a plac. prævia esetén az izomszegény alsó szakaszban van — történhet egy bővebb vérzés, amit már a többé-kevésbé kivérzett szülőnő nem bír el.

A therapiában ma első helyen áll a sebészi beavatkozás (sectio caesarea) és vérátömlesztés, melyeket bármely pillanatban — még intézetben is — haladéktalanul kell elvégezni. Megállapíthatjuk éppen a fentebb elmondottak szem előtt tartásával azt, hogy a gyakorló orvos a placenta præviá-s szülés észlelését és levezetését nem vállalja magára.

Csak kivételes esetben: többször szülőnők, széli tapadású lepény esetében végezzen a szükséghez képest fejevű fekvés esetén burokrepesztést, esetleg kombinált lábrafordítást. Ez utóbbi esetben szükséges bizonyos fokú gyakorlati jártasság. — Akinek ez nincsen meg, az placenta prævia esetében ne vállalkozzék kombinált lábrafordítás elvégzésére, mert az esetleg narokosis hiányában megkísérelt sikertelen beavatkozással a helyzetet csak súlyosítani fogja az által, hogy a lepény nagyobb darabját fogja leválasztani, miáltal a vérzést és a veszedelmet fokozni fogja. Semmiképpen se vállalkozzék a kombinált lábrafordítás elvégzésére a gyakorló orvos először szülőkön és centralis tapadású placenta prævia esetében.

A régebben gyakran végzett hüvelytamponálásnak jelentősége nincsen a vérzés szempontjából, viszont a fertőzésre igen jó alkalom, azért alkalmazását helytelennek tartom.

Egy másik szülési szövődmény, aminek a gyakorló orvos szempontjából — tapasztalat szerint — nagy jelentősége van: a fájásgyengeség. Ez a rendellenesség különösképpen a szülés második és harmadik időszakában azonnali tennivaló elé állíthatja a gyakorló orvost.

Az orvost ugyanis vagy elhúzódó kitolási időszakhoz, vagy a lepényi időszakban hívják fájásgyengeség miatt. Napjainkban különösen sok az olyan szülőnő, akin első-sorban alkati okoknál fogva hiányos méhtevékenység észlelhető. Ezek a szülések a házi szülések között éppen olyan gyakran szerepelnek, mint az intézeti szülések között. A kitolási időszakban jelentkező fájásgyengeség következtében a magzat érdekében bármely pillanatban szükséges lehet a beavatkozás és e helyen hangsúlyozni kell, hogy aki a magzat világrahozatala érdekében hypophysis hátsólebeny kivonatot fecskendez be fenyegető asphyxia esetében, annak a fogóműtét elvégzéséhez is fel kell készülnie. Az a megfigyelésem, hogy a fájáskeltő szerek használata igen sok esetben meglehetősen kritika nélkül történik. Fel kell hívni a figyelmet arra is, hogy a tiszta hypophysis hátsólebeny kivonatot csak a kimenetben álló fej mellett alkalmazzuk, addig a thymus-kivonattal kombinált készítményeket adjuk, célszerűen tört adagokban — félóránként. A fogóműtét elvégzése mélyen az üregben, vagy éppen a kimenetben álló fej mellett veszélytelen eljárásnak mondható az anyára nézve, viszont egyedül életmentő lehet adott esetben a magzat érdekében. Harántágyon, a szükség-hez képest episiotomia végzése mellett gyorsan, enyhe bódításban elvégezhető. Erre minden gyakorló orvosnak fel kell készülni, aki szüléshez elmegy. Hangsúlyozni kell ismételtén azonban, hogy a gyakorló orvos csak egészen mélyen, lehetőleg a kimenetben álló fej és eltűnt méhszáj mellett vállalkozzék a fogóműtét elvégzésére.

Egy másik beavatkozás, amit a gyakorló orvosnak a szükséghez képest el kell végeznie: *a lepény kézzel leválasztása*. Nem helyeseljük azt az eljárást, amit sok gyakorló orvosnál látunk, hogy lepény leválasztás céljából következetesen beszállítják eseteiket intézetbe. Amennyiben más eljárások nem vezetnek eredményre, a szükséghez képest, megfelelő asepsis mellett a gyakorló orvosnak a lepényt le kell választania. A fertőzés szempontjából semmivel sem aggályosabb a gyakorló orvos beavatkozása, mint a szülőnő szállítása a szülés harmadik időszakában. Tapasztaltuk, hogy az ilyen szülőnőknél a szállítás alatt súlyos anaemiás állapot fejlődött ki, sőt elvérzést is észleltünk. A szülészeti rendtartás anyagában azt látjuk, hogy az intézetben kívül végzett lepény-leválasztások eredményei a gyermekágyi láz szempontjából feltűnően jók. Anyai halálózásról évek alatt sem szereztünk tudomást. A gyermekágyi megbetegedések is jóindulatúak voltak. Ennek oka első-sorban az, hogy azok az esetek, amelyekben a gyakorló orvosok lepényt választanak le, — jobbára sima lefolyású, láztalan szülések.

Néhány szót kell szólni a lepényleválasztás helyes technikájáról is. A legfontosabb az, hogy elkerüljük a fertőző csírák bevitelét a méh üregébe. Ezért arra kell törekednünk, hogy az a kezünk, amelyik behatol a méh-ürbe, ne érintkezzék a külső nemi részekkel és azok környékével s a hüvelyfallal is csak éppen a legszükségesebb mértékig. E végből a leggondosabb kézdesinfekció után a méhet lehetőleg mélyre nyomjuk külső kezünkkel a hasfalra át a kis medencébe, hogy a méhnyak minél közelebb jusson a hüvelybemenethez, esetleg museux-vel megfogva a méhnyak mellső ajkát, azt egészen a szemérem-résbe húzhatjuk be s ezzel elérjük azt, hogy kezünk a hüvelyfallal esetleg nem is érintkezik. Hangsúlyozni kell a külső nemi részek gondos lemosását szappannal, a hüvely kiöblítését jódos vízzel és a külső nemi részek és a környék bejódózását. Fontos itt is, mint általában szülészeti műtét előtt, —

a hólyag kiürítése. A műtétet végző kéz lehetőleg egyszeri bevitellel végezze el a lepény leválasztását, mert az ismételt behatolás a fertőzés veszélyét erősen növeli.

Gyakorlati fontossága miatt az *atonia* kezeléséről is kell szólnunk. E helyen is hangsúlyozni szeretném azt, amitől a bábákat szigorúan eltiltjuk, hogy a lepényszak hibás kezelése, a méh felesleges masszírozása, nyomkodása igen nagy szerepet játszik a lepényi szak zavarainak keletkezésében s okoz igen sok esetben kisebb nagyobb fokú atoniás vérzést. Arra is tanítjuk a bábákat, hogy a lepényi szak zavaraihoz hívjanak orvost. Ez a tanításunk a jövőben remélhetőleg eredményes lesz, ha elkövetkezik az az idő, amikor azokban a falvakban is lesz orvos, ahova ma még alig érkezhethet meg az orvos idejében egy atoniás vérzéshez.

Az igazi atonia: a mén „vészes elernyedése” szerencsére ritka szövődmény. A legtöbb „atonia”-ként elkönyvelt esetben csak kisebb vagy nagyobb fokú atoniás vérzésről van szó. Mutatja ezt az a körülmény is, hogy az évente számon vett kb. 20.000 szülésre átlag 1—2 Dührssen tamponade esik a magángyakorlatban. Az ilyen atoniás vérzések a ma rendelkezésre álló megbízható méhösszehúzó szerekkel megszüntethetők és szerencsére alig kerül sor a magángyakorlatban a Dührssen féle tamponade elvégzésére. Ennek jó, eredményes elvégzéséhez ugyanis szintén feltárás és jó világítás szükséges. Ha ez megvan s a gyakorló orvos Dührssen doboza állandóan rendben van, úgy a méh kitömése a szükséghez képest elvégzendő annak a szem előtt tartásával, hogy a csík a méh üreg fenekéig vezetendő fel és onnan kezdve rétegesen végzendő a csík felvezetése a méhüregbe. Az is szabály, hogy a tömés ne legyen feszes.

Néhány szóval érinteni kívánom a *lány szülőutak merevségének a kérdését is*, ami elég gyakori szövődmény napjainkban a sok idősebb és idős először szülő miatt. A gyakorló orvos csak a gát bemetszését végezheti nyugodtan, a méhszáj incisióját ne végezze. Ez nem lehet sürgős tennivaló, az ilyen szállítsa intézetbe. Általában figyelmeztetnünk kell a gyakorló orvost, hogy minden olyan merészebb beavatkozástól, ami a méhnyak berepedésével járhat (fordítás, extractio, fogóműtét kellőleg ki nem tárgult méhszáj mellett, stb.) tartózkodjék, mert mélyebb cervixrepedést magánháznál aligha tud ellátni, s mivel ilyen esetekben sürgető momentum a beavatkozás elvégzésére rendesen nincs, — jogosan érheti az orvost a gondatlanság vádja.

Hangsúlyoznunk kell ismételtén, hogy a gyakorló orvosnak ki kell vennie részét szülészeti vonatkozásban is a megelőzésből azáltal, hogy belekapcsolódva a terhesgondozás nagyjelentőségű és áldásos működési körébe, — igyekszik idejében intézetbe juttatni azokat a terheseket, akiknek terhességi állapota, vagy a szülés és gyermekágy minél simább lefolyása érdekében az intézeti elhelyezésre szükségük van. Különösen áll ez falúhelyeken működő községi és körorvos kartársainkra, akiknek egyik legszebb és leghálásabb feladatuk lehet a körzetük terhesgondozásának megszervezése. A körorvos körjáratát alkalmával rendszeresen ellenőrizheti a község terhes asszonyait. Ha a lakosság bizalmát meg tudja szerezni, egészen bizonyos, hogy nem fognak idegenkedni az asszonyok ezektől a vizsgálatoktól és így elérhető lesz, hogy a terhesgondozás áldásában részesüljön az a társadalmi réteg is, amely arra legjobban rá van szorulva.

Kuncz Andor dr.
egyetmi c. rk. tanár,
közkórházi főorvos.

A kanyaró-prophylaxis.

Az embereknek több mint 90%-a kanyarón átesik. Ezt ezidőszerint nem tudjuk megakadályozni, azonban ügyelhetünk arra, hogy a gyermek életének ne olyan időszakában kapja meg a kanyarót, amikor az életveszélyes lehet. — A kanyaró 2 éven aluli, továbbá tuberculositikus, valamint leromlott gyermekekre és egyéb fertőző betegségekhez társulva különleges veszélyt jelenthet.

2 éven aluli, leromlott, pertussisos, influenzás, középfülgyulladásban szenvedő, vagy tbc.-s gyermeket csak jó felügyelet alatt levő gyermektársával engedjük össze, nehogy az ilyen nem egészséges és ezáltal a kanyaró szövődményeire (tüdőgyulladás, középfülgyulladás, a tbc. rosszabbodása, stb.) különösen hajlamos gyermek kanyarót kapjon. Ebben áll ezeknek a kanyaróval, illetve annak szövődményeivel szemben csökkent ellenállóképességű gyermekeknek részleges elkülönítése, izolációja.

Ha a gyermek közvetlen környezetében kanyaró előfordult, vagy ha a gyermek csak néhány percig is együtt volt kanyarós egyénnel, akkor az elkülönítésnek már csak igen kis jelentősége van. Ilyen esetekben, ha a gyermek még kanyarón át nem vészelt, a passív immunizáláshoz kell folyamodni (reconvalescens-savó, felnőtt-vér). Jó állapotban levő, egészséges, 3 éven felüli olyan gyermeket, aki kanyarós egyénnel érintkezett, általában nem szokás kanyaró ellen védőoltani. Nyaralás, utazás, vizsga, stb. előtt, amikor nem kívánatos az, hogy a gyermek az esetleges kanyaró miatt 3 hétig szobához legyen kötve, azonban célszerű a védőoltás. Nem helytelen azoknak a túlzottan óvatos orvosoknak álláspontja sem, akik minden kanyarós környezetben megfordult (kanyarót még ki nem állott) gyermeket védőoltanak. Nagyobb, egészséges gyermekek prophylaktikus védőoltáshoz elégséges $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ adagnyi reconvalescens-serumot, vagy felnőtt-vért használni, egyrészt azért, mert ebben az esetben a gyermekek az oltás hatása következtében gyengített kanyarón esnek át és így hozzásegítettük a gyermeket ahhoz, hogy épen, jó egészségi állapotban a szokottnál könnyebb kanyarót kapjon és aránylag enyhe betegség folytán váljék immunissá, másrészt azért elégséges $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ adagnyi serum (vagy vér), mert a teljes védelemhez szükséges nagy véradagok levétele és izomba fecskendezése a gyakorlatban technikailag is nehéz, $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ adagnyi vér vagy savó befecskendezése után gyengített (mitigált) kanyaró szokott támadni.

Hatásos és a gyakorlatban ajánlható activ kanyaró elleni immunizálás nem ismeretes. Passív kanyaró elleni immunizáláshoz emberi (human) serumok használatosak. Az eddig ismert kanyaró elleni védő módszerek (RS, vér) csakis a kanyaró megelőzésére szolgálnak és legfeljebb a hatodik incubatiós napig adhatók eredménnyel. A már kitört kanyaró lefolyását nem enyhíthetjük serum, vagy vér oltásával. Ha a fertőzés forrása ismeretes, akkor könnyen következtethetünk arra, hogy a beteg a kanyaró incubatiójának, vagyis minden tünetétől mentes lappangási idejének hányadik napján van. Egy szobában lakó gyermekek esetében pl. azon a napon, amikor a kanyarós beteg a kiütés már jelentkezik, a beteg szobatársa a kanyaró incubatiójának 4-ik napján van, mert a kanyarós beteg már 4 nappal a kiütés kitörése előtt fertőz. (A kanyarót, amint ismeretes, 10 napig tartó láztalan incubatio előzi meg, amelyet a 4 na-

pig tartó hurutos tünetekkel járó prodromalis időszak, majd a kiütéses időszak követ.) Minél több idő telt el a fertőződés időpontjától számítva, annál nagyobb mennyiségű serumra vagy vérrre van szükség ahhoz, hogy kanyaró ellen megvédje a gyermeket. Szerencsés helyzet lehet az, amikor a gyermek nem szobatársától fertőződik, mert ilyenkor esetleg az első incubatiós napon intézkedhetünk az esetleges védőoltást illetően.

A kanyaró elleni védősavót vagy vért izomba szoktuk fecskendezni. A kanyaróprophylaxishoz a következő anyagok használatosak:

1. *Kanyaró-reconvalescenssavó (RS)*, Degkwitz-féle prophylaktikum. Degkwitz német gyermekorvos tette ismertté ezt az eljárást, bár Nicolle és Conseil alkalmazták először. Az oltóanyag készítése céljából fertőző-kórházakban a kanyaró harmadik hetében lévő, tbc. és lues szempontjából megbízható reconvalescensek vérsavóját carbolsavval keverve sterilen ampullázzák. A leláztalanodás utáni 8—9-ik napon van a kanyaró-reconvalescens vérének legnagyobb ellenanyagtartalma. Több savó elegyítésével megbízhatóbb savóhoz jutunk. A RS gyógyszerárakban nem kapható, csak fertőző-kórházakban szerezhető be.

2. *Felnőttvér*. Csaknem minden felnőtt vére tartalmaz kanyaró elleni védőanyagot. Ennek valószínűleg az a magyarázata, hogy csaknem minden felnőtt egyén átesik kanyarón és így a felnőttvér tulajdonképpen késői reconvalescenssavónak tekinthető. Előzetes Wassermann-reactio nélkül csakis szülőktől szabad vért venni oltás céljára, azonban a szülők megbízhatóságát is ellenőrizni kell. Vérrrel tbc.-t és luest lehet átvinni. Csakis egészséges szülő adhat vért gyermekének. Menstruatio alatt is kerüljük a vérvételt. Kifőzött (esetleg steril 4%-os Na citricummal átöblített) fecskendővel vért veszünk és a vért közvetlenül a vérvétel után a veszélyeztetett gyermek izmába fecskendezzük. Aiánlatos kétféle vért használni, mert így nagyobb a valószínűsége annak, hogy elegendő ellenanyagot viszünk a veszélyeztetett gyermekbe. A gyakorlatban legtöbbször RS hiányában felnőttvért alkalmazunk kanyaróvédelem céljából. Sürgesen kell cselekednünk, mert fél nap is késedelmet jelenthet. Ha az inieciót gyorsan, 1—2 perc leforgása alatt elvégezzük, ebben az esetben másra, mint kifőzött fecskendőre nincs is szükségünk. Ha a sterilizált fecskendőt a vérvétel előtt véralvadást gátló anyagokkal, mint 4%-os steril Na citricum oldattal áthúzzuk, átöblítjük, akkor a vérinieció kénvelmesebben és biztonságban végezhető el. 3.8%-os Na citricum 1.0 ccm-es ampullákban a magyar gyógyszerárakban forgalomban van.

3. *Felnőttvérsavó*. Kb. félfannyi az adagja, mint a felnőttvére, elkészítése azonban nehezebb. Főképpen kórházi gyakorlatban használatos. Házi gyakorlatban a felnőttvér használata célszerűbb. Lehetőleg több felnőtt vérből nyert savót keverünk. A vérsavót úgy nyerjük, hogy steril üvegsőbe vért fogunk fel, amelyből néhány órai állás után a savó különválik. A savót a véralvadékról steril fecskendő segítségével lefejtjük és a savót injiciáljuk.

4. *Gyári készítésű kanyaró elleni prophylaktikus oltóanyagok*, mint pl. „M. S. S. sec. Sächsische Serumwerke”. Magyarországon ezidőszerint ez az oltóanyag csak nagyobb városokban szerezhető be. Az M. S. S.-t a Medichemia R. T. hozza nálunk forgalomba. Ezt az oltóanyagot placentából állítják elő. Szintén emberi (human) oltóanyag és így serumbetegséget nem okoz.

Az alábbi táblázat a különböző kanyaró elleni oltóanyagok adagjait tünteti fel. A csecsemőadagokat a baloldali (kisebbik) szám, a nagyobb gyermekek adagjait a jobboldali (nagyobbik) szám fejezi ki.

A kanyaró incubatio	RS	Felnőtt vér	Felnőtt vérsavó	„MSS”
1—4-ik napján izomba fecskendezve:	4—8 ccm.	20—60 ccm.	15—30 ccm.	10 ccm.
5—6-ik napján izomba fecskendezve:	8—20 ccm.	30—80 ccm.	20—50 ccm.	15—20 ccm.

Összefoglalva: Vannak gyermekek, akiket ha kanyarós egyénnel érintkeznek, feltétlenül védoltanunk kell, nehogy a kanyarót megkapják. 2 éven aluli gyermekeket azért kell védoltanunk kanyarós fertőzöttség esetén, mert ilyen kis korban a kanyaró még veszéllyel jár, főleg a téli, hurutos időszakban. Leromlott gyermekekre is különös veszélyt jelent a kanyaró. Hurutos, influenzás megbetegedésnek kanyaróval együttes előfordulása is veszélyes, ezért a kanyarós egyén környezetében levő hurutos, influenzás, középfülgyulladásos gyermekeket is védoltanunk kell. A fertőző betegségek közül főleg a szamárköhögés és a kanyaró együttes jelentkezése veszélyes. Ez a combinatio gyakran vezet tüdőgyulladáshoz és exitushoz.

Ha védoltani akarunk egy csökkent ellenállású gyermeket, akkor első sorban reconvalescens savó után kell érdeklődnünk. Még nagyvárosokban is csak ritkán szerezhető be reconvalescens savó. A gyakorlatban legtöbbször a szülők vérének szoktuk befecskendezni a gyermek izmába kanyaróvédelem céljából. Együtt lakó gyermekek és testvérek érintkezése esetén (ha az egyik kanyarós) természetesen csak a 3-ik, 4-ik incubációs nap után van alkalmunk védőoltást adni, mert a kanyarós gyermekek betegségét is csak a 3—4-ik nap után szoktuk megállapítani. 2 hónapon aluli csecsemőt nem érdemes kanyaró ellen védoltani, mert ebben a korban a kanyaró csak egészen kivételesen fordul elő. A 4-ik incubációs napon adva a védőoltást, csecsemőt és kisgyermeket 20 ccm., nagyobb gyermeket legfeljebb 60 ccm. felnőttvér védhet meg a kanyaró ellen. A 6-ik incubációs nap után adott védőoltás már hatástalan. A szokásosnál valamivel kisebb serum, vagy vérmennyiség befecskendezése után legtöbbször enyhe kanyaró szokott fellépni, melynek incubációs ideje 2—3 hét is lehet (!). Felnőttvér befecskendezésével teljes védelmet legfeljebb csak csecsemő- és gyermekkorban tudunk elérni, mert csecsemőn és kisgyermeken az 5-ik incubációs napig olyan vérmennyiség befecskendezése elegendő, amely még az otthoni gyakorlatban könnyen keresztülvihető. Nagyobb gyermekeken az 5-ik incubációs napon adott 40—50 ccm vér is legtöbbször csak enyhíti a kanyaró lefolyását.

Teveli Zoltán dr.
gyermekklinikai tanársegéd.

Objectiv érzésvizsgálat.

Minden ideggyógyászati vizsgálat szerves alkotórésze az érzésvizsgálat. Ennek pontos véghezvitele sokszor meghiusul a vizsgált egyén subintelligentiáján, máskor a betegség a központi idegrendszert is érintve, beszédzavart is okoz; lehet a megtévesztés akaratlagos (simulatio), vagy végül tudatalatti: hysteria. Loeser eljárása (Journ. of the Amer. Med. Ass. 110. 26. 2136) ezeket a nehézségeket kizárja. Felhasználja azt az ismert tényt, hogy a bőrbe juttatott histamin a beszúrás helyén $\frac{1}{2}$ —1 percen belül szúnyogcsípéshez hasonló hólyagot, e körül pedig 3—5 perc múlva feltűnő, 2—4 cm. átmérőű vérbősséget okoz (vasomotor-reflex); ez a hyperaemia a reflexív megszakadása esetén nem jön létre. Loeser a vizsgálatához 1:1000 histamin-oldat 0.1 ccm-ét használja. Ha a környéki érző-ideget átvágniuk a bőr és a spinalis dúc között, még kb. 7—8 napon át megmarad a reactio. Változatlan a gerincagy laesioja is. Nyomásnak kitett területen a reactio nem alkalmazható, valamint érbetegségek esetén sem. A befecskendezés gyors egymásutánban hajtandó végre az egész vizsgálandó területen, mert a piros area 7—8 percen belül elhalványodik és az összehasonlítás nehezzé válik. A reactio erőssége szerint megkülönböztethetünk + -től ++++ -ig terjedőt. A kivétel végtelenül egyszerű, az eredmény eddigi tapasztalataink szerint könnyen leolvasható és biztos. Hátránya, hogy a sokszoros szúrás fájdalmas, a bőr benzinnel vagy aetherrel történő előzetes bedörzsölése nem lehetséges, mert az így keletkező hyperaemia a reactio leolvasását lehetetlenné tenné; viszont az i. c. alkalmazott szúrás mellett a fertőzés veszélye igen kicsiny. Eseteinkben ez nem következett be.

Loeser eljárása a gyakorló orvos kórisméző fegyvertárának nagyjelentőségű bővülését jelenti és elősegíti az extra- és intramedullaris folyamatok elkülöníthetőségét.

Mosonyi László dr.
(Baglyasalja).

Helyreigazítás. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései 22. számában a 92 oldalon Ajkay Zoltán dr.: „A nervus recurrens bénulása és gyógykezelése” c. cikkéből sajnálatos kihagyás történt. Az első hasáb utolsó sora után: *Féloldali posticus bénulás esetében a hangszálag először a középvonalhoz közel az ú. n. intermediaer állásba kerül, később az adductor hatására teljesen a középvonalban fixálódik. Ilyen esetben a hang jellegzetesen rekedtessé válik, de a légzés zavartalan — olvasandó. A második hasáb első sora helyesen: Féloldali teljes recurrens bénulás esetében stb. . . .*

SULFEBRIN-injectió

minimális kolloid kén-o dattal
kitűnő lázkelőhatás — Főraktár:

BAYER ANTAL gyógyszerháza VI., Andrassy-út 84.

KATONYI DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegénységűségnél és sápkórúknál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2'20

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Jubileumi évfolyam

A vizelet-csurgás súlyos alakjainak gyógyítása nőkn.

Martius, göttingeni professor 1935-ben a Münchenben megtartott nőgyógyászati congressuson ismertette eljárását, amely arra szolgál, hogy a sipolyok és hólyag-incontinentia gyógyítási eredményeit megjavítsa. Eljárásának lényege az, hogy a sipoly elvarrása, vagy a hólyag záróizmának rekonstruálása után a m. bulbo cavernosusból s a környező zsírszövetből álló szövetlebe nyit borít a műtési területre. (Zentr. Gyn. 1935. 194. és Arch. Gyn. 161. 167.) Ilyen módon egyrészt támaszt ad a hólyagalapnak, másrészt a m. bulbo cavernosus izomműködése révén is támogatja a hólyagot záró izomrendszer munkáját. *Martius* tapasztalatait megerősítette még ugyanazon a congressuson *Frigyesi* professor (Arch. Gyn. 161. 1740.), továbbá *Stempel*, *Runge*, *Neujoks*, *Reist*, *Mikulicz-Radecki*, *H. Schmied* (Arch. Gyn. 161. 188). Azóta is több közlemény jelent meg s megállapíthatjuk, hogy az egyszerű s veszélytelen eljárás széles körben elterjedt.

A tapasztalatok halmozódása lehetővé teszi, hogy ma már ennek a műtési eljárásnak pontosabb javallatait is összeállítsuk. Eltekintek most a sipolyműtétektől s csak az incontinentia vesicae eseteivel kívánok foglalkozni. Az első közleményekből csak az állapítható meg, hogy a műtők a vizeletcsurgás súlyosabb eseteiben végezték ezt a műtétet, részben ott, ahol a hólyagalap redőzése vagy más műtési eljárás nem vezetett eredményre. Így *Frigyesi* ismertetett 5 esetéből 1 gyermekkor óta fennálló incontinentia, 1 sérülés utáni, 1 supravaginalis amputatio után előállott incontinentia s 2 sipoly volt. Miután a vizeletcsurgás egyszerűbb eseteiben elegendő a hólyagalap redőzése s a vesicovaginalis fascia egyesítése is — nem fölösleges annak a kérdésnek tárgyalása, miképpen állapíthatjuk meg műtét előtt, hogy szükséges-e a *Martius*-féle műtét vagy megelégedhetünk az egyszerűbb eljárással is. A kérdésre úgy felelhetünk, ha keressük, mi az incontinentia oka, másrészt pedig megvizsgáljuk, milyen tényezők teszik hatásossá a *Martius* féle műtétet.

Természetes, hogy a vizeleti panaszokkal hozzánk kerülő beteget hólyagtükrözéssel is megvizsgáljuk a nőgyógyászati vizsgálat mellett s ha ilyen módon nem sikerül a vizeleti panaszok okát tisztázni, ideggyógyászati vizsgálatot is végzünk. Amennyiben nincs súlyosabb gyulladás s az idegrendszer ép s a környező szervek elváltozásai (daganat) nem magyarázzák a hólyag záró-izomrendszerének gyengeségét, helyi okot kell keresnünk.

Nem felesleges, ha áttekintjük ismereteinket a sphincter vesicae helyzetét illetőleg. Ujszülöttön a hüvelycső olyan rövid aránylag, hogy a sphincter-táj a portio magasságába kerül. Felnőttön a hüvelyboltozat kifejlődése következtében a sphincter tája hozzávetőleg a mellő hüvelyfal középső harmadának a magasságában van. Idősebb korban, amikor a hüvely zsugorodik, vagy infantilis típusú egyénekben a záróizom közelebb kerül a portio vaginalishoz, és a cervixhez. Gátrepedés, illetve cystokele képződés kezdetén a sphincter tája erősebb vongálásnak van kitéve, különösen ha a húgycső felső fala még erősen van rögzítve a symphysishez; ké-

sőbb, amikor a cystokele megnagyobbodik, a hólyagnak a hüvelyboltozattal összefekvő része kiöblösödik, a húgycső meghajlik, sőt valóságos megtöretést is szenved. Ebben az időszakban rendszeren nincs már vizeletcsurgás, sőt vizeletvisszatartás van.

Gyakorlati szempontból előnyös, ha az incontinentia szempontjából különbséget teszünk azok között az esetek közt, ahol az incontinentia egymagában áll fenn s azok között, ahol gátrepedés után vagy anélkül előállott hüvelyszűkülethez társul. Az izoláltan mutatkozó incontinentia lehet izomgyengeség következménye, lehet a hüvelyfal hegesedésének, zsugorodásának, atrophijájának a folyamánya. Evvel a jelenséggel főleg műtét utáni esetekben s az öregkorban találkozunk. Két ilyen betegemet operáltam teljes eredménnyel; az egyiknek incontinentiája a méh supravaginalis amputatioja után 3 évvel kezdődött, — a másiknak, aki sohasem szült s 47 éves volt s évek óta szenvedett vizeletcsurgás miatt, a hüvelye annyira atrophias volt, hogy a hüvelyboltozat csaknem teljesen elsimult s a hüvely szűkülete a középső harmadra is ráterjedt.

Minden olyan esetben, ahol az incontinentia gátrepedés, illetve cystokele nélkül fordult elő s ahol a vizeletcsurgás oka izomgyengeség, a hüvelyfal hegesedése, zsugorodása, atrophijája, szóval a sphincter-tájnak a hüvelyfallal való, a kellenél szorosabb összefüggése, indokoltnak tartom a sphincter alap redőzése után a *Martius*-féle műtétet. Ide tartoznak azok az esetek is, ahol az incontinentia méhnyak-elongatio kíséretében jelentkezik.

Azokban az esetekben, ahol a vizeletcsurgás cystokele mellett jött létre, tájékozódni kell a cystokele formájáról s a sphincter vesicae helyzetéről. Ezt a katéter megmutatja. A cystokelenek azon formája, ahol a hólyag legnagyobb kiöblösödése a sphincter táján van, a sphincter rendszerének erősebb kivongálására enged következtetni. Ilyenkor hólyagtükrözéskor a sphincter tája tölcészerűt mutat. Itt szintén ajánlatos a hólyagredőzés elvégzése után a *Martius* műtét. Jó eredményt kapunk incontinentia szempontjából *Martius*-műtét nélkül is az olyan nagy cystokelek esetében, ahol a hólyagot a cervixről fel kell tolni s bőséges területen végezhetjük a hólyag redőzését. Természetesen figyelembe kell venni az incontinentia fokát is. Ha csak tüszentéskor, köhögéskor megy el kevés vizelet, megelégedhetünk a hólyagredőzéssel; ha járás közben is van vizeletcsurgás s a beteg felszólításra sem tudja jól zárni a hólyagot, jó, ha kiegészítjük a műtétet a *Martius*-féle eljárással. Kétes esetekben azt ajánlom, hogy fektessük le a beteget 1—2 napra s helyezzünk közepes nagyságú vattatampont a hüvelybe: ha az incontinentia ezután is megmarad, ajánlatos a *Martius*-műtét. Hasonló próbát végezhetünk pessarium behelyezésével is. Ha az incontinentia pessarium behelyezése után eltűnik nem szükséges a *Martius*-féle műtét. Nem egyszer azonban csak a kolporraphia folyamán látjuk, hogy a szövetek elvékonyodottak, tartóképeségük nincs, — ilyen esetben bizony jó lesz az eredményt a *Martius* műtéttel biztosítani.

Röviden, még a *Martius*-féle műtétnek a hatás módjára szeretnék rámutatni. *Martius*, *Frigyesi* s mások bizonyítva látják azt, hogy a közbeiktatott izom-

zsírlebens nemcsak alátámasztja a sphinctert, hanem a m. bulbocavernosus összehúzódásával is segíti. Én egy másik tényezőben találok magyarázatot a jó hatásra. Nevezetesen hegesedés, atrophia, zsugorodás s minden olyan esetben, ahol a szövetek rigiditása miatt a vesicovaginalis szövet a rendesnél szivósabb kapcsolatot létesít a hólyagalap s hüvelyfal között, a sphincter-kacs összehúzódásakor a hüvelyfalat is kénytelen emelni s így munkája megnehezül. Megszabadítjuk a sphinctert ettől a túlmunkától, ha felszabadítjuk a heges kapcsolattól s közbehelyezett zsírlebenssel az újabb hegesedésnek elejét vesszük. A zsírlebens tehát nemcsak a hólyag alátámasztására szolgál, hanem arra is, hogy a sphincter vesicae szabad mozgását biztosítsa.

Hét esetben végeztem a Martius-műtétet; hónapok óta megfigyelve a betegeket, láttam, hogy az eredmény tökéletes. A műteti technikát az utolsó esetekben úgy változtattam meg, hogy először készítettem ki a nagy ajk szövetéből a zsírral borított m. bulbocavernosus-t azután végeztem el a kolporraphia ant. kapcsán a hólyagredőzést s keztyűt váltva huztam át a m. bulbocavernosust új helyére. Ilyen módon igyekeztem biztosítani a nagy ajk sebének steril gyógyulását.

Fekete Sándor dr.
egyet. magántanár.

Az alapanyagcsere meghatározás hibái és túlértékelése.

Az alapanyagcsere tulajdonképpen a szervezet életfenntartó munkája, mivel az éhező és teljes testi nyugalomban levő szervezetben csupán egyes szerveknek (szív, légző izmok vese stb.) az akaratától független működése folyik, a többi sejt relative nyugalomban van és az emésztés, felszívódás és assimilációnak a táplálkozással kapcsolatos munkája, ugyancsak egyes tápanyagoknak, elsősorban a fehérjéknek az anyagcserét ezen tulmenőleg fokozó ú. n. specificus dinamikus hatása valamint a harántcsikolt izomzatnak az akaratlagos mozgással kapcsolatos energiafogyasztása eszik. Az utóbb említett változó tényezők kiiktatása után visszamaradó érték az illető egyénre jellemző és éveken át állandó. Meghatározására a *gázcsere vizsgálata* szolgál, mert az oxygen fogyasztás a szervezetben történő, energiát szolgáltató vegyi folyamatnak mértéke mégha az oxygenel egyesülés, vagyis elégs nem is olyan egyszerű folyamat, mint ahogy valamikor hittük (redox rendszerek). A ccm-ben kifejezett időegységre eső oxygenfogyasztást az oxygen ú. n. calorikus értékével, kerek számban öttel megszorozva, megkapjuk az illető O₂ mennyiség felhasználása közben a szervezetben szabaddá vált és felhasználható caloria-, vagyis energiamennyiséget. Ez az eljárás tehát az anyagcserét nem direct, a bevitt és kiürített anyagok részletes vizsgálata útján határozza meg, hanem az oxygenen keresztül, amiért is *indirect calorimetriának* nevezik.

A gázcsere meghatározása, régebben különböző légzőkamrákban történt, és pedig hosszantartó kísérletben, de rövid kísérlet céljára szintén voltak készülékek, melyeknek prototypusa a Zuntz—Geppert-féle. — Ezek a classikus vizsgálatok vetették meg mai tudásunk alapját, de ma legalább is klinikai célra eltekintünk a termelt széndioxydnak és így a respirációs quotiensnek meghatározásától és csak az O₂ fogyasztást állapítjuk meg, mégpedig ugyancsak rövid kísérletben, de a régiéknél egyszerűbb és kevesebb laboratoriumi felkészültséget igénylő készülékkel, melyek közül nálunk a Krogh féle a legelterjedtebb.

Az egyszerű kezelhetőség és kivitel azonban nem jelenti bizonyos intézkedések elhanyagolhatóságát, mert különben a készülék csak egy számot ad, amit nem lehet felhasználni. Tekintettel a fehérjék már említett anyagcserefokozó specificus-dinamikus hatására, ami különösen az állati fehérjék sajátja, a betegnek a vizsgálatot megelőző három napon állati eredetű tápláléktól teljesen mentes diétát kell kapnia, amit nem mindig tartanak be, mert láthatunk, nem is oly ritkán, két, sőt esetleg csak egy napi diéta utáni vizsgálatot is. Bár lehetséges, hogy az ilyen módon nyert adat véletlenül a valódinál felel meg, sokkal valószínűbb ennek az ellenkezője. Ezt a hibát, amely az alapanyagcsere értékét a valódinál nagyobbra tünteti fel, könnyű elkerülni. A valódinál ugyancsak magasabb értéket okozhat a következő. A vizsgálandó orrát csipetítővel légmenetesen elzárva, szájába széles gummicső kerül, melyen levő gummilap az ajkak és fogak közé, az utóbbin levő két nyulvány pedig a fogsorok közé jut. Az általában megszokott orrlégzés helyett a szájon át történő légzés eleinte kissé kellemetlen, ugyancsak a szájból levő gummidarab is. Ennélfogva az illető kezdetben úgy érzi, hogy nem kap elég levegőt. Megváltozik a légzés típusa, vagyis annak száma és mélysége, amihez lényegesen hozzájárul, hogy az illető, légzési vizsgálatról, vagy legalább is a gummicsővön át légérről hallván, önkénytelenül is azt hiszi, hogy neki most lélegznie keli. Így a légzéstípus nemcsak akaratlanul, hanem akaratlagosan is megváltozik, a légzés szaporábbá mélyebbé válik, ami a tüdőben egy perc alatt megforgatott gázmenyiséget, az u. n. perclégzésvolumen lényegesen növeli, de ezenkívül az egyes légvétel mélysége is erősen ingadozik.

A légzésvolumennek ez a növekedése nemcsak a respirációs quotienst növeli meg (legalább egy félórára), hanem, ami a Krogh féle készülék szempontjából is fontos, az O₂ fogyasztást is az erőltetett légzéssel járó fokozott izommunka következtében. A többfogyasztás csak akkor szűnik meg, ha már az illető a nem normalis módon történő légzést megszokta és a légzés száma és mélysége újból normalissá vált. Mint a Zuntz-Geppert készülékhez tartozó gázórával történt perclégzésvolumen mérések mutatják, ez sokszor csak pár napi gyakorlás után áll be, különösen ha a pajzsmirigy működése fokozott, mert az ilyen betegek minden külső behatásra sokkal inkább reagálnak. Viszont a vizsgálat leggyakrabban éppen ennek gyanúja miatt történik.

Az egyes légvételek normalis módon történő légzéskor sem egyforma mélyek, különbségük azonban pl. gázórával végzett perclégzésvolumen méréskor kiegyenlítődik, míg a Krogh-készülékkel végzett mérés éppen a légzés egyenletesnek feltételezett voltán alapszik. A készülékbe jutott O₂-mennyiségnek csökkenését ugyanis graphikusan felvett görbe mutatja. Ez a „görbe” akkor ideálisan jó, ha egyenes, vagyis, ha az észlelési idő alatt az O₂ egyenletesen csökkent és az egyes légvételek mélysége közt nincs nagy különbség. Az O₂ fogyasztás mértékéül szolgáló megconstruált egyenes felett nem ritkán látunk egyes, az átlagnál mélyebb és alatta egyes, az átlagnál sekélyebb légvételt, ami a felhasználhatóságot nem érinti. Ha azonban nagyobb az egyenletlenség, akkor az eredmény megbízhatatlan.

Az eddigiekből következik, hogy a vizsgálat csak három napi állati fehérje nélküli diéta után történjék, hogy e napok alatt a beteget szoktatni kell a változott légzéshez, legalább is vele adott orrcsipetítővel. Amennyiben a vizsgálat nem intézetben történik, a beteg a vizsgálat helyére járművön menjen, ne siessen és a vizsgá-

lat előtt legalább félórát feküdjék. Sokszor előnyös gyakorlás közben a figyelemnek a légzésről elterelése céljából valamit olvasni. Vizsgálat alatt fontos a normalis szobahőmérsék, mert pl. hidegben az izomzat teljes elernyesztése lehetetlen.

Az időegység alatti O₂-fogyasztás megbízható értékéhez jutva, elsősorban azt kell megállapítani, hogy ez az érték normalis-e, fokozott-e, vagy csökkent. Ezért számadatunkat pl. a Harris—Benedikt-féle táblázattal hasonlítjuk össze, melyben testsúly, testmagasság, kor és nem szerint csoportosítva igen nagyszámú egyéni végzett vizsgálat eredményét látjuk meg. Abszolút mértéke az alapanyagcsereének ez a táblázat sem lehet, mert mint a pulsus, légzés, vérnyomásnak, stb. egyéni eltérése van és az ismert normák csak átlagértékek, itt is egyéni különbségeket észlelünk. Emellett az egyes szövetek alapanyagcsereje nem egyforma élénk, így a csont- és zsírszöveté aránytalanul alacsonyabb, mint a többié; az alapanyagcsere tehát aszerint is változik, hogy ezek a testsúlynak milyen hányadát teszik ki. A tabella ezért csak oly egyénekre vonatkozólag tartható elég pontosnak, akiken a csont- és zsírszövet mennyisége nem tér el nagyon a normalistól. A testsúly és magasság összevetése nyújt ugyan ezirányban bizonyos felvilágosítást, de ez sem tökéletes megoldás. Az említett okokból a Harris—Benedikt-féle normáktól 10%-nyi eltérést mind felfelé, mind lefelé még normalisnak tartjuk.

A csökkent alapanyagcsere legtöbbször csökkent pajzsmirigyműködés: hypothyreosis jele, de előfordul még Simmonds-féle cachexiában, egyes elmebajokban, (pl. schizoprenia) és paradox módon csökkent táplálékfelvétel folytán bekövetkezett nagyfokú lesoványodás ép úgy, mint nagyfokú elhízás esetén is. Előbbi esetben a szervezet anyagcsereje alkalmazkodik a csökkent felvételhez, ezenkívül az ilyen lesoványodott szervezetnek sokkal nagyobb hányadát teszi ki a csontszövet, míg elhízáskor a testsúly igen nagy hányada zsírszövet. Ennek gyakorlati jelentősége az, hogy a betegség folytán nagyfokban lesoványodott Basedow-kóros beteg alapanyagcsereje lehet fokozott, de így is tényleg alacsonyabb, mint az betegségének *normalis testalkat mellett* megfelelne és ugyanígy lehet számértékben látszólag normalis, amikor az tulajdonképp fokozott, de a lesoványodás elfedi. Viszont az elhízás okát többek között a pajzsmirigy csökkent működésében keressük és az alacsony alapanyagcsereiben látszólag meg is találjuk, noha az illető anyagcsereje tulajdonképp normalis, de ez a sok zsír miatt legalább is a táblázat alapján, ki nem mutatható.

Fokozott alapanyagcsere elsősorban fokozott pajzsmirigyműködés jele, de előfordulhat a vérképző szervek különböző betegségeiben is (leukopenia, polycythaemia, anaemia perniciosa, haemolytikus ikterus), valamint endokarditis lenta, carcinoma és tuberculosiban (még látszólag állapotban is a beteg fogyása mellett), sőt egyesek szerint talán még essentialis hypertoniában is. Vérképzőszervi betegség gyanúját legtöbbször már az egyszerű klinikai vizsgálat felkelti, manifest cc. sem okoz differentiaaldiagnostikus nehézséget; annál nehezebb lehet rejtett cc. kimutatása, továbbá az elkülönítés az endokarditistól, mert Basedow-kórban is lehetséges szívzörej és hőemelkedés, a tachykardiát nem is említve, de talán legnehezebb a hypertonia szerepének tisztázása, mert Basedow-kór nőkben sokszor a climax korában kezdődik, ez viszont gyakran jár együtt hypertoniával, amiről nem tudhatjuk, hogy nem volt-e meg már régebben is.

A csökkent, vagy fokozott alapanyagcserejű esetek elkülönítő diagnózis nem okoz nehézséget, ha a pajzsmirigy változott működése mellett a többi okra is gondolunk. Van azonban egy, az eddigiek alapján érthető igen fontos körülmény, hogy t. i. *klinikailag kétségtelen Basedow-kór nem okvetlenül jár magasabb alapanyagcserevel*. Ilyenkor nem állíthatjuk, hogy a betegnek biztosan nincs Basedow-kórja, hanem a klinikai tünetekhez kell illesztenünk diagnózisunkat. Fordítva, ha az alapanyagcsere fokozott és ennek többi, fent említett okát egyelőre nem is látjuk bizonyítva, Basedow-kórra csak akkor gondoljunk, ha ennek valamely más tünetét is megtaláljuk; mert a legnagyobb ritkaság, hogy a fokozott anyagcserét valamelyik más, toxikus tünet ne kíséresse.

Ha a mérsékelt fokozott alapanyagcsere Basedow-kórban nem is mindig mutatható ki, a fokozott anyagcsere viszont úgy értékelendő, hogy az legalább olyan magas, mint amilyennek találtuk, de lehet tényleg annál több is. Ha azonban sikereien belorvosi kezelés után vagy más okokból műtetre határozzuk el magunkat, akkor az alapanyagcsere számadata nem lehet a műtét beavatkozás mértéke, legalább is olyan értelemben nem, hogy a fokozódás szerint kisebb, vagy nagyobb részt távolítsunk el a pajzsmirigyből, pl. hogy 50%-os fokozódás esetében a mirigy felét távolítsuk el, stb. Fenti példában az alapanyagcsere a 100-nak vett normalishoz képest 150% tehát a mirigynek nem felét, hanem csak harmadát kellene eltávolítani, ami gyakorlatilag majdnem lehetetlen, mert nem szabályos idomról van szó. Mirigynagyság és functio között azonban nincs összefüggés, hiszen sokszor a legsúlyosabb Basedowban a pajzsmirigy nem is tapintható és könnyen lehet, hogy a visszamaradó rész functiója megnő és semmivel sem kisebb az eredeti mirigynél, nem is említve a mirigycsonkból kiinduló esetleges recidívát, ami a mirigyállomány növekedésével jár. Minthogy a postoperatív myxoedema elkerülésére elég a mirigy kis részének megtartása, leghelyesebb minden esetben minél többet eltávolítani belőle.

A fokozott alapanyagcsere az érintett cautelákkal és meg gondolásokkal igen értékes a Basedow-kór diagnózisában, de talán még fontosabb az ugyanazon egyéni bizonyos időközökben végzett *sorozatos* vizsgálat. Az egyes adatok összevetésével ugyanis a betegség javulását vagy rosszabbodását legalább oly jól tudjuk követni, mint más betegségben a vörösvérsejtsüllyedés sorozatos meghatározásával.

Rendkívül fontos, hogy a vizsgálandó ne legyen *cardialisan decompensált* és légző felszine ne legyen csökkent, vagyis szív-tüdő rendszere biztosítsa a vér normalis arterialisatióját. Ha ez ugyanis nem tökéletes, akkor az illetőnek munkadyspnoeja van, ami könnyen észrevehető, de légzése sokszor már nyugalomban sem egészen normalis számú és mélységű; az ilyen egyén a vizsgálathoz szükséges légzésmód mellett még könnyebben hajlamos fokozott ventilációra, mint más, ami az O₂-fogyasztás emelkedésével jár. De, ha ez nem is következik be, akkor is érvényes *Knipping* megállapítása, hogy az ilyen, a decompensatio határán lévő egyén vérének arterialisatiója levegőben légzéskor már nyugalomban sem normalis. Ezért, ha az illetőt előbb levegővel lélegeztetjük és a spirometert azután oxigénnel kapcsoljuk, (a Krogh-féle eljárással is tiszta O₂-t lélegzik be a vizsgálandó), akkor az O₂-fogyasztás fokozódik. Nem volna hiba, ha így a valódi értéket kapnók meg, de az ilyen betegek O₂-fogyasztása már önmagában is fokozott lehet. Ennek a megállapításnak a Ba-

sedow-kór szempontjából van jelentősége. Nem ritka ugyanis, hogy a Basedowosok decompensáltak, vagy legalább is pulsusuk arrhythmias (extrasystolia, pitvarremegés arrhythmia perpetua), ami az arterialisatiót szintén rontja, ha nagyobb fokú. Ennek következtében magasabb alapanyagcsereértékeket kapunk, mint amilyen a betegség fokának megfelelne és viszont, ha a beteg compensálódik, vagy arrhythmiaja megszűnik, akkor az illető valódi alapanyagcserejéhez közelebb álló értéket. A csökkenés ilyenkor a javulásnak csak jele, de nem mértéke, mert nemcsak a betegségnek, hanem elsősorban a keringésnek a javulása okozta azt.

Schill Imre dr.
egyetemi magántanár.

Az enkephalo- és ventriculographia.

A gócos idegrendszeri bántalmak kezelésének egyik feltétele azok lehető tökéletes helyi diagnosa, ez pedig a klasszikus neurologia módszereivel nem mindig sikerül. Az amerikai Dandy a tőle származó ventriculographia segítségével eseteinek 100%-ában képes a gócos bántalom helyét biztosan megjelölni, legutóbbi közlései szerint. A Dandy-féle ventriculographia lényege az agyvelő kamrarendszerének levegővel feltöltése és így röntgenlemezen láthatóvá tétele. Az agyvelő kiterjedtebb gócos bántalmai, mint daganatok, vérzések, hegek, fejlődési rendellenességek, stb. a legtöbb esetben jól értékelhető alaki eltéréseket okoznak az agyvelő kamrarendszerének alakjában, amely alaki eltérésekből azután kellő gyakorlattal elég megbízható helyi diagnostikai következtetések vonhatók le.

Az agyvelő kamrarendszerébe háromféle módszerrel tudunk levegőt bevinni: 1. lumbalpunctióval; 2. a cisterna cerebello-medullarisra át, ú. n. cisterna-punctióval; 3. az oldalkamrák mellső, vagy hátsó szarvainak közvetlen punctiójával. Általános szóhasználat szerint, ha a levegőt cisternalisan, vagy lumbalisan juttatjuk be a kamrarendszerbe, enkephalographiáról, ha pedig közvetlen kamraszúrás útján visszük be a levegőt, ventriculographiáról beszélünk. Az enkephalographia kivitele vázlatosan a következő. Minden különösebb előkezelés nélkül lumbal-, illetve cisternapunctióval lebocsátunk kb. 40–50 ccm liquort és ugyanakkor (szakaszosan) valamivel kevesebb (35–45 ccm) levegőt fújunk be; a szobalevegőt használjuk fel minden sterilizálás nélkül. Vannak, kik az említett levegőnél kevesebb (5–10) és több (70–80) levegőt visznek be, az előbbi esetben a képek nem elég megbízhatóak, utóbbi esetben gyakoriabbak a kellemetlen melléktünetek. A spinalis subarachnoidalis ürbe, illetve a cisterna cerebellomedullarisba bevitt levegő részben a IV. agykamrán és az aqueductus Sylviiin át a III. és oldalkamrába jut, részben pedig az agyalapi cystákba, illetve a convex-lateralis agyfelszín subarachnoidalis ürébe. Ily módon a levegőbefúvás után készült röntgenfelvételeken kirajzolódik mind a kamrarendszer, mind a subarachnoidalis ür képe, amelynek eltéréseiből azután következtethetünk a gócos bántalom helyére. Az enkephalogrammok leolvasása azonban gyakorlatot igényel, miután a felvételek készítésekor gyakran csúsznak be technikai hibák, amelyeknek alapos ismerete nélkül hibás helyi diagnózisoknak lehet okozója az enkephalographia.

Általában nagyobb fokú agynyomásos tünetek esetén nem szoktunk enkephalographiát végezni (ilyenkor a ventriculographia indokolt), miután a nagyobb nyomás alatt álló agyvelőn a cisternalis punctio következtében az ú. n. kisagy-nyúlvelői beékelődést észlelték, (a nyúlvelőnek a foramen occipitale magnumba beszorú-

lása okozza és hirtelen halállal járhat.) Olyan esetekben, amikor az aqueductus Sylvii elzáródott (pl. a kisagyi vermisben ülő daganat nyomása következtében), természetesen nem lehet enkephalographiát készíteni, miután a levegő felhatolása a cisterna cerebellomedullarisból a III. agykamrába nem történhet meg. Ilyen esetben is ventriculographiát kell végezni. Az enkephalographia mortalitása attól függ, hogy milyen anyagon végezzük. Nem tumoros anyagon (pl. hegek localisálása, stb.) úgyszólván teljesen veszélytelen, ellenben daganatos anyagon a vele kapcsolatba hozható halálozások száma a különböző gyűjtőstatistikák szerint 1–3% körül mozog.

Ha az enkephalographia az említett okok miatt nem végezhető el, úgy ventriculographiát végezhetünk. Egyes államokban úgyszólván kizárólag ventriculuspunctióval juttatják a levegőt a kamrarendszerbe (pl. Angliában).

A ventriculographia kivitele röviden a következő: A frontális lebenyben ülő bántalom esetén az oldalkamrák hátsó, a parieto-occipitalis lebeny, valamint a kisagyvelő daganatai esetén a mellső szarvakat pungáljuk meg, az esetleges kamradeformációk miatt. A ventriculuspunctiónak közvetlen veszélye csupán a vérzés lehet, ezt azonban helyes technikával úgyszólván teljesen ki lehet küszöbölni. A két oldalkamra megpungálása után sokan valami festékanyagot (pl. 1%-os methylenkékoldatot) fecskendeznek be az egyik oldalkamrába, vizsgálva a másik oldalon megjelenési idejét, miáltal következtetések vonhatók a foramen Monroi átjárhatóságára nézve, ami a képek értékelésében alapvető fontosságú. Ezután mindkét oldalon enyhe szívással lebocsátunk kb. 25–25 ccm liquort és valamivel kevesebb levegőt fújunk be. Ezután pedig különböző helyzetekben felvételeket csinálunk a koponyáról, miáltal a röntgenképeken kirajzolódik a kamrarendszer.

Mind az enkephalo-, mind a ventriculographia csakis mint egyik, nem is mindig megbízható vizsgálati eszköznek tekintendő a neurologiai helyi diagnostikában. Az egyes külföldi intézetekben tapasztalható ama törekvés, amely a helyi diagnosist úgyszólván kizárólag az említett eljárásokra alapozza, nem helyesíthető.

Sem az enkephalo-, sem a ventriculographia nem teljesen veszélytelen eljárás, különösen daganatos anyagon. Nem tudjuk biztos okát még ezidőszert, miért következik be az agytumoros betegek halála a ventriculo-, illetve enkephalographia után. Valószínűleg liquor- és vérkeringési zavarok következtében áll be az ú. n. agyduzzadás, aminek a lényege colloidalisan erősen kötött folyadék felvétele az idegrendszer alkotóelemeibe és ezzel az idegállomány térfogatának növekedése. Elkerülésére a legfontosabb, hogy ha a ventriculographia után a betegen fokozott agynyomás tünetei jelentkenek, azonnal újra ventriculuspunctio végzendő liquor le-, illetve a levegő kiengedésével. Emellett hypertoniás cukoradat adandó intravenásan. Csökkenti a ventriculuspunctio, illetve ventriculographia mortalitását az a, különösen amerikai agysebészek által hangoztatott követelmény szem előtt tartása, hogy pozitív ventriculogrammok esetén a műtétnek, legalább is a nyomáscsökkentő trepanationnak a ventriculographiától számított 24 órán belül meg kell történnie.

Horányi Béla dr.
egyetemi magántanár.

Helyreigazítás. Múlt heti számunkban Mosonyi László dr. cikkében a 17. sor helyesen a következő: „Változtatlan gerincagy laesiója esetében is”.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos.

Jubileumi évfolyam

Ujítások a császármetszés alatti fertőződés elkerülésére.*

A császármetszés mortalitása még mindig jelentékeny. Winter-nek 1929-ből származó gyűjtőstatisztikájában 7%-os összhalálozás szerepel, szerinte tiszta esetekben is 4%-os az anyai veszteség. Hazánkban az 1931. év országos statisztikája szerint a császármetszés rovására írható veszteség 3.7%-os volt, lázas gyógyulás, gyermekági szövődmények 19%-ban fordultak elő. (Örffy). — Az esetek nagyrésztében fertőzés a halál oka. (sepsis, peritonitis, bélletapadás okozta ileus, stb.) Általában tiszta, gyanús és fertőzött eseteket különböztetünk meg. A legújabb adatok szerint a tiszta és nem szövődött esetekben is 2—3%-os a veszteség. Gyanús esetekben 5—9%, nem tiszta és fertőzött esetekben 9—15%-os halálozást is említenek az amerikai statisztikák, nyilván hibás, sőt műhibaszámba vehető javallatok folytán! Széltében-hosszában laza indiciók alapján végzik a császármetszést, mert az idők folyamán már typus-műtétté vált. Fertőzött esetekben tekintélyes a veszteség és még sokkal rosszabb a megbetegedési statisztika: 19—39%! Mivel az abdominalis császármetszéssel kapcsolatban többféle módon jöhet létre a fertőzés, nyilvánvaló, hogy a műtét elvégzése előtt elsősorban a szülőcsatornának fertőzöttsége szerint kell mérlegelni az eseteket. Korai burokrepedés, elhúzódo szülés, intézetben kívüli belső vizsgálatok, nem aseptikus hüvelyi beavatkozások, előlfekvő lepény, stb. szerepelnek leginkább a szülőcsatorna gyanított, vagy valószínű fertőzéses kórokai között. Ezen fontos körülményt a császármetszés kivitele előtt különösen szem előtt kell tartani és a műtét módjának megválasztását, a praeventív intézkedéseket és eszközöket is ezekhez mérten kell megszabni. Sajnos a fertőzöttségnek kézzelfogható kritériuma márcsak azért sem lehet birtokunkban, mert a sürgős esetek és kényszerhelyzetek a körülményes és hosszadalmas vizsgáló eljárások eredményeire nem várhatnak. A tárgylemezre kikent készítmény némileg útbaigazít, de ennek ellenére is érhetnek meglepetések. Az ú. n. virulentia próbajelzésnek eredményét sajnos csak a gyermekágban tudhatjuk meg, amidőn az endometriumnak bekövetkezett megbetegedése, a méh sebének másodlagos gyógyulása (varrat elégtelenség, sebszétválás), exsudatum képződés, hasüri összenövés, hasfali tályog, thrombophlebitis, hogy ne is szóljunk az életet veszélyeztető szövődményekről (sepsis, peritonitis, embolia, stb.), árulják el a fertőzés súlyosságát. Mindezekre tekintettel a műtét kivitelekor is fokozottan kell törekedni a további fertőződés elkerülésére, amit a műtét módjának megválasztásával, megfelelő beállítással, technikával és gondos izolálással érünk el. A bekövetkező gyermekági szövődményeknek jelentékeny része a műtét alatti fertőzéssel áll összefüggésben, aminek veszélyessége a gyermekági morbiditások nagy számából is kitűnik. A fertőzés kérdése, különösen a vidéki szülőintézetekben bir nagy jelentőséggel, melyek a pathológiás (kivérzett és fertőzött) eseteknek gyűjtőállomásai. Sajnos, vidéken aránylag kevés olyan esetünk van, amidőn a császármetszést ideális előzmények

után és kedvező körülmények között végezhetjük: a szülés elején, álló burok mellett, a szülőcsatornának sterilis állapotában és a vajudónak jó conditiójában.

Az utolsó két évtizedben több oldalról történt olyan műteti eljárás kidolgozása főképpen a beállítás, a technikai kivitel és izolálás tekintetében, melynek segítségével gyanús, sőt nem tiszta esetben is kevés veszéllyel végezhető a császármetszés. A klasszikus császármetszéssel szemben a méhnyakon végzett műtét márcsak a fertőzés és sebgyógyulás szempontjából is nagy haladást jelentett és egyszersmind kiterjesztette a császármetszés javallati körét. A fertőzött esetekben propagált extraperitonealis császármetszés (Küstner, Latzkó, Döderlein, Sellheim, stb.) több hátránya miatt nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket (hólyag- és uretersérülés, a hashártyának beszakadása, hólyagkörüli phlegmone, stb.), nem is tudott elterjedni, nálunk sehol nem végzik. Ma általában tiszta és gyanús esetekben is az intraperitonealis cervicalis császármetszést végzik, általában még „in situ” operálnak. A hasüregnek a magzatvíztől, vértől megóvására gondos izolálással törekednek, sőt újabban antiseptikus oldatba mártott (rievanol), nedves törlek segítségével végzik (nálunk a II. sz. női klinikán, Burger). Inficiált esetekben a műteti terület és a hasüregnek fokozottabb védelmére, sőt annak kiiktatása céljából, a fali peritoneumnak az uterinalis hashártyaborítékhoz varrását ajánlják. Félő azonban, hogy az öltések a méh kiürítésekor, avagy összehúzódásai következtében meglazulnak, a varratok átvágnak és így az esetlegesen fertőzött peteüregtartalom mégis csak bejut a hasüregbe. Súlyosan fertőzött esetekben a Sellheim és mások által módosított (Holzbach) méh-hasfali sipolykészítés, továbbá a Portes-Gottschalk-féle exteriorisációs eljárások jönnek szóba, utóbbiak a fertőzött méhet mint a fertőzés forrását többé-kevésbé nyitva kezelik. Hazánkban Pauncz és Raisz számoltak be ilyen műtétekről. Bár a functio szempontjából előnyt jelentenek, ismert okokkal összefüggésben álló magas halálozási szám, szövődmények, valamint a másodlagos műteti szükségesség miatt elterjedni nem tudtak és helyettük fertőzött esetekben általában a megbízhatóbb Porro-féle amputációs műtétet végzik, amely mai formájában semmiben sem különbözik az egyszerű Chrobak-féle amputatiótól. Tehát fertőzött és erősen kivérzett esetekben a császármetszést általában a méh csonkolásával, exstirpálásával kötik össze. Igazuk van azoknak (Örffy, Kuncz, stb.), akik azt állítják, hogy a bennhagyott és súlyosan fertőzött méh, dacára a Sellheim és Portes-féle műtéteknek, nyirok- és vérpályái útján továbbra is szerves összefüggésben marad az anyai szervezettel és így nyitva áll a kapu a fertőzés generalisálódása felé. Ezzel szemben a mély uterus amputatio után bekövetkező fertőzési lehetőség lényegesen kisebb, hacsak a fertőzés már nem lépte túl a méhnek határait, amidőn már az uterus exstirpációja sem segít. A méh csonkolásával kiiktatjuk a puerperiumot és annak — éppen a lepény tapadási felületéről származó — komoly szövődményeit. A csonkoláskor elzárjuk az érforrásokat, sőt nagyrésztben a nyirokpályák útjait is ellátva, megszüntetjük a baktériuminvasió lehetőségét. Az egész műteti területet, a nyakcsatornát két rétegben is tudjuk fedni (az adnexu-

* Vázlatosan előadta a Magyar Nőorvos Társaság nagygyűlésén, 1938. december 16-án Budapesten.

mok ráhúzásával) és kiadósan lehet peritonisálni, ha pedig szükségesnek látszik, könnyen készíthetünk utat drainage számára a hüvely irányában.

A műtét alatti fertőződés elkerülése céljából nagy előnyt jelent a Doerfler-féle császármetszés, melynek lényege az, hogy a peteüreg tartalmával kijövünk a hasüregből, a fertőzött magzatvíz és vér sem a hasfal sebtét, sem pedig a hasüreget nem szennyezi. (Az olaszok és amerikaiak már régebben operáltak ilyen beállítással, a régi classikus császármetszés is a hasüregen kívül történt.) A Doerfler-féle eljárásnak (nálunk *Mansfeld* propagálta) nagy előnye az „in situ” történő cervicalis császármetszéssel szemben, hogy míg ott a méh kiürítése és összehúzódása miatt a leggondosabban alkalmazott izolálás is meglazul, a belek is benyomulnak a műtési területbe, tehát a peteüreg tartalma elkenődhetik a hashártyán, továbbá az izolációnak újabb rendezése is szükséges, addig a Doerfler szerinti beállítással a méhnek a hasfal elé gördítésével ezeket mind elkerülhetjük. A hasüregnek a méhnyak körül nagy törlőkkel történő elkülönítése, a hasüregnek az előrebukott méh mögötti teljes lezárása kizárják azt, hogy a fertőzött peteüreg tartalmából kórokozók jussanak a hasüregbe, legfeljebb a hasüregen kívül lévő méhnyak elülső visceralis hashártyai borítékára jutnak fertőző csírák, amit rivanol, vagy neomagnol-oldattal fertőtleníttünk és végül a letolt visceralis peritoneumlemezrel, vagy akár a hólyag-alapnak felhúzásával tökéletesen fedhetünk. — Mi újabbban minden császármetszésünket előzetes ephetonin adagolás után lumbal analgesiában végezzük, a kigördített és a hasüreg felé gondosan izolált méh nyakára még egy 50—70 cm. nagyságú, körülbelül 8—12. cm. kerek nyílású steril gummi izoláló gallért is húzunk, mely jól elzárja a hasüreg felé a műtési területét, rugalmasan körülölelve a méhnyakat, azt egyszersmind Esmarch szerint vérteleníti. Ilyen beállítással a műtét alatti szennyeződést kiiktatjuk, magzatvíz, vér nem folyhat a hasüregbe, még az alatta lévő izoláló törlőket sem éri. A méh kiürítésekor nem lazul meg az elastikus izoláló gallér, rugalmasságánál fogva követi a méhnyak körfogatának kisebbedését. Nem mély cervicalis, hanem magasabb metszésből operálunk, így nem jutunk a sohasem sterilis hüvelyboltozat közelébe, ezenkívül placenta praevia esetében és varrástechnikai szempontból is előnyösebbnek és biztonságosabbnak tartjuk, a magasabb hosszirányú cervicalis metszést (nem harántirányú isthmus-metszésből dolgozunk). A méhnyaknak két rétegben elvarrása után a műtési területnek hashártyával, hólyaggal fedése történik, az izolálás megszüntetése után az egész méhet langyos physiologiás konyhasó-oldattal letöröljük és visszasüllyesztjük. Csak megemlítjük, hogy a kigördített méhet műtési folyamán mindig izoláló törlőkbe fogjuk és csak a méh nyakát elől a sebzési területen hagyjuk szabadon. Legutóbb végzett 20 császármetszésünket ilyen beállítással végeztük, mindegyik esetben teljesen láztalan gyermekágyat, prima sebgógyulást értünk el! — A Doerfler-féle császármetszés hátrányául hozzák fel a nagy hassebzést és a méhtest kigördítésével járó sokk-szerű hatást. Mi ezen hátrányokat egyáltalában nem észleltük, mert mindezek kiküszöböltek azzal, hogy nem szükséges a metszést a szeméremcsontnál kezdeni, teljesen elegendő feltárást enged — az amúgy is petyhüdt hasfalak miatt — a szeméremcsonttól 4—5 harántujjal magasabban kezdett és a köldök fölé ugyancsak 4—5 harántujnyira vezetett metszés, melyen keresztül a méhtestet könnyen kiemelhetjük. Sokk-szerű hatást sohasem észleltünk, mert a lumbal analgesia előtt és a műtét után ephetonint szoktunk adagolni. Az említett beállítás

még gyanús és nem tiszta esetekben is eredményes, a be nem gyakorolt assistentia is kevesebb sterilitási hibát ejt a hasfal előtti operáláskor! Inficiált esetekben, kényszerkörülmények között, főként többgyermekes családanyákon végezzük a méhcsonkolást, kiírtást, vagy ha lehetséges, elállunk a császármetszéstől. Osztályunk 8 éves anyagában 153 császármetszésünk kapcsán 42 ízben kényszerültünk a méh amputálására (erősen kivérzett, fertőzött plac. praeviás esetek kényszerhelyzetében, továbbá abszolút és egyéb vitális indikációk miatt). Csak ilyen radikális beavatkozással tudtuk a császármetszéses összsmortalitást 2.3%-os veszteségre leszorítani. A Doerfler-féle beállításban végzett császármetszés eredményeit a fertőzés és a vérzéscsillapítás tekintetében összehasonlíthatatlanul előnyösebbnek ismertük meg az „in situ” végzett cervicalis császármetszéssel szemben. Birtokában a méhcsonkolások számát is lényegesen csökkenteni lehet.

Páll Gábor dr.

egyet. magántanár, kórházi főorvos.

A harcászok felismerése.

A harcászok hatásai ellen eredményesen csak úgy védekezhünk, ha a gázveszélyt idejében megállapítjuk és ha a terepen a harcászokat felismerjük. A harcászok felismerése nemcsak a védekezés szempontjából fontos. Az orvos ténykedését is nagymértékben megkönnyíti, ha a terepen a harcászokat felismeri, vagy ha támpontokat talál a felismeréshez. A felismerés, a mérgezett egyéneknél észlelhető tünetek a megközelítően pontos és gyors elkülönítő kóriszmézést teszik lehetségessé, ami az elsősegélynyújtás és a további orvosi ténykedések keretét határozza meg.

A harcászok felismerése, a gázveszély megállapítása történhetik:

I. subjectiv,

II. objectiv módon.

Subjectiv módon az anyagokat érzékszerveink által közvetlenül észlelhető tulajdonságokból ismerjük fel, ezek: a szag, a szín és mérgezéskor a szervezetben jelentkező tünetek.

Objectiv módon vegyi, fizikai módszerekkel igyekszünk az anyagot felismerni. Itt a subjectivitás háttérbe szorul.

A harcászok belégzés útján gázfelhő, mérges füst hatóformában (a levegőben elosztott harcászok), vagy csepp alakban hatnak. Belégzés útján az ingerlő és fojtó harcászok és a mustárgáz gőze, csepp alakban a mustárgáz hatnak.

1. Felismerés szaglász útján.

A legtöbb harcásznak jellegzetes szaga van, amelyet rendszeren közismert szagokhoz hasonlítunk. Így pl. az ingerlő harcászok közül a chloracetophenon, a diphenylarsincyanid (Clark II.) keserű mandula, a xylylbromid — nagy hígításban — orgonavirág, az aethyldichlorarsin (Dick) gyümölcs; a fojtó harcászok közül a chlor chlormész, a phosgen rothadó széna, a peranyag phosgenre emlékeztető; a hólyaghúzó harcászok közül a dichloridiaethylsulfid mustár és fokhagyma, a chlorvynilarsindichlorid muskátlilevel szagúak.

Szaglással történő felismeréshez — megfigyeléseink szerint — a kellő gyakorlaton kívül még az is szükséges, hogy a gáz, vagy mérges füstfelhő ne legyen nagy töménységű. (Így a mustárgáz 1:10,000.000 hígításban és a diphenylarsincyanid szaga 0.005 mg/m³ töménységben érezhető.) Ha ugyanis nagy töménységű felhőből lélegzünk be, a tünetek sokszor annyira kellemet-

lenek, vagy elviselhetetlenek, hogy háttérbe szorul a szaglással felismerés képessége. A töménység azért is fontos, mert az nemcsak a szag erősségét, hanem jellegét is változtatja.

A felismerés szag útján sokszor azért sem könnyű, mert a terepen lehetnek olyan szagok, melyekhez a harcász szaga hasonló. Így pl. a phosgen, a peranyag nagyon hasonlít az ázott avar, vagy rothadó széna, szalma szagára. Az eredeti szagok leplezése is aránylag könnyű. Kevés ingerlő harcász jelenléte a szaglással tájékozódást is megnehezíti, vagy lehetetlenné teszi. Vannak viszont szagok, melyek az orr szagló idegét le-tompítják és ezáltal bizonyos ideig a terepen lévő szag észrevételét megakadályozzák. Megtévesztés azáltal is lehetséges, hogy a harcászhoz egyéb intenzív szagú anyagot kevernek, amely az eredeti szagot elnyomja. A mustárgáz szaga pl. nehezen ismerhető fel, ha ahhoz citroneollott, vagy nitrobenzolt adunk.

A szag utáni felismeréskor tehát a nagy érzékenység kétségtelen előny, hátrány a könnyű megtévesztetőség és az, hogy csak bizonyos körülmények között jellemző.

2. Észrevétel látás útján.

A hatóforma itt nagy jelentőségű. Ha a harcász szintelen, akkor felhője nem látható; ha színes (pl. a chlor zöldes-sárga színű), színéről felismerhető. Gázfűvaskor a levegő hőfoka a harmatpont alá süllyed. Ennek következménye a ködképződés, amely a gázfelhőt beborítja. Ez viszont látható. A füst, a csepp is látható. A látás azonban önmagában csak a gázvesztélyre figyelmeztet. A felénk hömpölygő felhő lehet mérges füst, esetleg ártalmatlan anyagból álló köd. Megváltoztatható az anyag színe, vagy szintelen volta. Ezzel a tájékozódást, a felismerést megnehezítjük, vagy lehetetlenné tesszük. Nagy jelentőségű a látás útján való észrevétel a terep gázszennyezésekor. Itt első sorban a mustárgázra gondolunk.

A tárgyakon fénylő mustárgázcseppet ugyan a háttérben eső vagy harmatcseppel lehet összetéveszteni, de a cseppet alaposan megnézve, óvatosan megszagolva a kettőt egymással nem fogjuk összetéveszteni. A harcász felismerésére a látással észrevételt ritkábban alkalmazhatjuk. A korlátozott alkalmazhatósága mellett is, adott esetben minden bizonnyal egyszerűsége miatt is nagyon fontos.

3. Felismerés mérgezéskor magunkon, illetve a mérgezett egyéneken észlelhető tünetek alapján.

Ha a szél a harcász, vagy mérges füstfelhőt kis foszlányokká tépte szét, vagy ha a cseppek a terepen fel-szívódtak, elpárologtak, a felismerés szaglász és látász útján kétséges. Feltételezhető különben is, hogy az orvos ritkábban kerül abba a helyzetbe, hogy a harcászokat a terepen szag és látász útján felismerhesse. Az orvosi ténykedés a segélyhelyen kezdődik. Ide kerülnek a harcász mérgeztettek is. Az észlelhető tünetekből következtethetünk arra, hogy az egyén milyen harcász-szal mérgeződött. Ezt azonban teljes biztonsággal csak akkor tehetjük, ha ismerjük a harcász mérgezéseket és ha tudjuk, hogy azokat milyen tünetek színezzik. És végül még valami! Az egyént mindig részletesen kérdezzük ki — ha az lehetséges — arra vonatkozólag, hogy a mérgezés mikor és milyen körülmények között történt. Vessük össze ezt az időt a vizsgálat idejével. A kettő közötti különbség adja az annyira jellemző és értékes lappangási időt. Ha a tünetek elmosódotak, nem jellemzők, akkor nagyban segítségünkre jó a lappangási idő, amely sokszor eloszlatja kétségünket.

Mindaz, amit a mérgezett egyéneken megfigyelhetünk, teljes egészében magunkra is áll. Ha a felismerés szag és látász útján különböző okoknál fogva kétséges, vagy lehetetlen, akkor a szervezetünkben jelentkező tünetekből következtethetünk a mérgezésre, de csak a fent hangsúlyozottak figyelembevételével.

Lássuk ezek után a mérgezéskor jelentkező tüneteket.

Mérgezések okozói:

Tünetek:

I. Harcászok.

1. Ingerlő harcászok: azonnal:
a) könnyeztetők (brom-aceton, chloracetophenon, xylilbromid, stb.) bőséges könnyezés, csipő, égető fájdalom, a szemhéjak görcsös összehúzódása. Nyáladás, fokozott orrváladék.

b) tüsszentők, orr-, garat ingerlők (Clark I., II., Adamsit, stb.) 1—3 perc múlva: facsaró érzés a torokban, tüsszenés, a légútból szárazságérzés, köhögés. Szorongó érzés, szív táji fájdalom, halál félelem, hideg verejtékezés. Fejfájás, halántéktáji lüktető fájdalom. Nyáladás, állkapocsfájdalom. Ritkábban a bőrön érzéskiesések, idegizgalmi, vagy bénulásos jelenségek.

2. Fojtó harcászok. (Chlor, phosgen, peranyag, stb.) 2—3 óra múlva: egyre fokozódó légszomj, cyanosis. Nyugtalanág. Köhögési rohamok, mellkasi fájdalom. Nagy töménység esetén könnyezés. Peranyag mérgezéskor még hányinger, hányás.

3. Chlorpikrin.

azonnal: erős könnyezés. Szemhéjak görcsös összehúzódása, égető fájdalom. Fokozott orrváladék. A mellkasban szárazság-érzés, köhögés. Hányinger, hányás. Órák múlva légszomj.

4. Hólyaghúzó harcászok:

a) mustárgáz, b) lewisit (harctéren nem használták). Csepphatás: 3—6 óra múlva a bőrön a csepp fel-szívódása után gyulladás (lewisitnél fél óra múlva), 12—16 óra múlva hólyag, 1/2—1 óra múlva erős könnyezés, a kötőhártya vérbő, a szemhéjak duzzadtak.

Gőzhatás:

3—4 óra múlva a bőrön gyulladás, esetleg elszórtan apró hólyagok, erős viszketés.

2—4 óra múlva köhögés, rekedtség, erősen fátyolozott hang. Nehéz légzés.

1/2—2 óra múlva könnyezés, a kötőhártya szemrésbeli része vérbő. Égető érzés.

II. Mérgező gázok.

1. nitrosus gázok: 1/2—2 óra múlva kisfokú könnyezés, a torokban kaparó érzés. Fejfájás, szédülés. Hányinger. Légszomj. Eszméletlenség. Nagy töménység esetén fulladásos rohamok, görcsök.

2. Szénmonoxyd

1/2—2 óra múlva szédülés, halántéktáji lüktetés. Fejfájás. Ingerlékenység, izomgyengeség. Fáradtság. Fülzúgás. Hányinger. Izomrángások, görcsök. Esetenként a bőrön vörös foltok. A látható nyálkahártya élénk piros színű.

A harcászok tehát bizonyos körülmények között szaglász és látász útján felismerhetők; illetve a szervezetben jelentkező tünetekből következtethetünk a mérgezésre. A helyzet adottságát azonban mindig pontosan mérlegeljük. Subjectív megfigyeléseinket, ha mód van rá, a gázfelderítő járőr jelentésével egészítjük ki.

Miután subjectív módon a harcászok felismerése nem mindig lehetséges, az anyagot objectív módon —

főleg vegyi reakciókkal — is igyekeznek kimutatni és így felismerni. Ezeket a vizsgálatokat azonban már nem az orvos, hanem az arra kiképzett vegyész végzi.

Telbisz Albert dr.
m. kir. ezredorvos.

A részleges pneumothorax megjavítása.

A pneumothorax kezelés feladata, hogy a tüdő collapsusa — ellazulása s kisebb térfogatra összeesése — útján a beteg tüdőben a functio, a levegőtartalom, a vér és nyirokkeringés stb. szempontjából olyan viszonyokat teremtsen, amelyek hatására a szervezet természetes gyógyító erői inkább érvényre juthatnak, mint a nem collabált tüdőben. Hogy a pneumothorax kezelés sikerrel járjon, ennek számos feltétele van, ezek közül lényeges az, hogy a tüdő collapsusa egyfelől olyanfokú legyen, hogy a gyógyulásra kedvező viszonyokat létrehozassa, másfelől pedig az, hogy a tüdőnek azon a részén jusson leginkább érvényre, ahol a gümőkóros folyamat van. Mindez elsősorban attól függ, hogy a pleurális szabad-e, vagyis összenövés mentes-e, ebben az esetben teljes pneumothoraxot sikerült létesítenünk, mely a tüdőnek teljes — minden részére kiterjedő — collapsusával jár. Ahol azonban mellhártyaösszenövések állnak fenn, ott a pneumothorax és a tüdőcollapsus is csak részleges lehet. Néha az ilyen részleges pneumothoraxnak is kitűnő a gyógyító hatása, még pedig azokban az esetekben, amikor az összenövések elhelyeződése és structurája olyan, hogy a beteg tüdőréssze az összenövések dacára is collabálhat (selectiv collapsus). Az esetek tulnyomó számában azonban a mellhártyaösszenövések elhelyeződése és structurája éppen a selectiv collapsust nem teszi lehetővé — mégpedig azért nem, mert a mellhártyaösszenövés többnyire a beteg tüdőréssze felett fejlődik — ilyenkor a pneumothorax nemcsak hatástalan, hanem egyenesen káros is lehet. A káros hatás abból a nagyobb nyomásból származik, melyet a mellüregbe bevitt és az összenövések folytán kisebb térfogatra szorított levegő a mellhártyára és a tüdőre kifejt, ami klinikailag sokszor felette súlyos helyi és általános izgalmi tünetekben (fájdalom, vérköpés, a tüdőben levő gyulladásos tüneteknek a mellhártyára áttérjedése, a tüdőben levő gyulladásos tüneteknek fokozódása, láz stb.) nyilvánul meg. Ez a kórkép különösen azokban az esetekben válhat súlyossá, ahol a mellhártyaösszenövés cavernát magában foglaló tüdőrészt tartalmaz, kötegek, vitorlaszerű hártyák útján a mellkas falához. Mennél inkább eltávolodik a tüdő a collapsus következtében a mellkas falától, annál inkább meg kell nyulnia, illetőleg meg kell feszülnie a mellürt áthidaló mellhártyakötegeknek, vagy vitorlának s ez a húzó feszítő hatás természetesen a beteg tüdőrésztelre s ebben a cavernára is áttérjed. Az azelőtt kerek caverna ilyenkor sokszögűvé válhat. A megfeszült köteg feszülésének foka lélegzés, köhögés, mozgás alkalmával is változik, a beteg tüdőrésztelre kifejtett izgató hatás tehát szinte permanens. A kórkép felismerését nagyban megkönnyíti az a körülmény, hogy az izgalmi tünetek légmellutántöltés kapcsán fokozódnak s abban a mértékben enyhülnek, amilyen mértékben a levegő felszívódásával a mellüri nyomás csökken.

Amint ezekből látható, a részleges pneumothorax fenntartása sokszor nemcsak céltalan törekvés, hanem súlyos veszedelem is jelenthet a szervezetre. Régebben — még vagy 20 esztendővel ezelőtt — az ilyen esetben nem volt más megoldás, mint a pneumothoraxkeze-

lés abbahagyása s esetleg a collapsustherapia valamelyik más módszerének az alkalmazása. S itt közbevetőleg meg kell jegyeznem, hogy erre a célra sokszor a phrenicus exairesis is célravezető eljárás s az az előnye, hogy az izgalmi tünetek megszűnése után a pneumothorax is folytatható. Mindez azonban csak szükségmegoldást jelent azóta, amióta a részleges pneumothorax megjavítására *Jacobeus* módszerét tanultuk megismerni és gyakorolni. A műtét lényege egészen vázlatosan ismertette az, hogy megfelelő optikával ellátott műszerrel — valamikor a cystoskopot használták erre a célra — szurócsappal készített — alig 3—4 mm széles — nyíláson át behatolunk a mellüregbe, megkeressük az összenövéseket s ezeket abból a szempontból bíráljuk el, vajjon elhelyeződésüknél és structurájuknál fogva alkalmasak-e elektrokauterrel (jelenleg diathermiás áramot használunk erre a célra) végzett elvágásra (átégetésre). Ha igen, akkor egy másik nyíláson elektrokautert vezetünk be s az optikai rendszer ellenőrzése mellett megkeresjük a kötegek, vagy szalagok, esetleg vitorlák elvágását közvetlenül a mellkas fala mellett. Ahol ez sikerül ott a tüdő azonnal collabál, a további hatás pedig az, hogy azok az izgalmi tünetek, melyek azelőtt minden légmellkezelés kapcsán jelentkeztek, vagy fokozódtak, végleg elmaradnak. Természetese, hogy ennek a lényegében véve csekély műtéti beavatkozásnak is megvan a kockázata, vérzések, pleuritis, tüdővérzés stb.) ez azonban ma már, amikor megtanultuk a műtetre kerülő eseteket helyesen megválasztani s a műtéti technika is nagyot haladt, minimális.

Még néhány adatot óhajtanék közölni, annak az igazolására, hogy a részleges pneumothorax megjavításában gyakorlati szempontból mennyire fontos kérdéssel állunk szemben. Tudjuk, hogy a pneumothoraxkezelés ma a tüdő tuberkulózisának legeredményesebb s ezért legelterjedtebb gyógyító módszere. A kezelés eredménye sok mindenféle feltételtől függ, melyek közül a leglényegesebb a szabad, összenövésmentes mellhártyaür. Az ilyen esetekben légmellkezeléssel 60—70%-ban lehet tartóssági eredményt elérni. A tüdőgümőkóros betegek jelentékeny részén azonban olyan komoly összenövések állnak fenn, melyek miatt a pneumothorax csak részleges lehet, az ilyen esetekben már csak 33%-ban érhető el tartóssági eredmény, mely azonban *Jacobeus* műtéttel a kétszeresére fokozható. Ilyen tényállás mellett nem elégedhetünk meg azzal, hogy mennél több beteg légmellkezelésének lehetővé tételére elsősorban a tüdőbeteg gondozók szaporítása útján a pneumothorax kezelést országsszerte megszervezzük, hanem feltétlenül gondoskodnunk kell arról is, hogy részleges pneumothorax esetén a *Jacobeus* műtét mindannyiszor elvégezhető legyen, valahányszor ennek szükségessége felmerül. Amint ezt *Petrányi*, az Országos Közegészségügyi intézet tuberkulosis osztályának vezetője, a „Tuberkulosis elleni küzdelem” című folyóiratban megjelent közleményében javasolta, teremteni kell központokat, ahol a *Jacobeus* műtétet szakértő kéz elvégzi s hozzáteszem: ahová a műtetre szoruló beteg minden körülményes eljárás mellőzésével felvehető. Az ilyen központokon kívül azonban szükség van arra is, hogy a tüdőbeteg gondozók orvosai és a gyakorló orvosok is felismerni tudják azokat az eseteket, amikor a *Jacobeus* műtét indikációja fenn áll. Közleményemnek egyik célja az volt, hogy erre nézve is néhány utmutatást adjak.

Gesztli József dr.
egyet. magántanár igazg.
főorvos.